

Educación médica y salud



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

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

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

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

El precio de la suscripción anual es EUA\$2.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

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

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

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

Educación médica y salud

Volumen 8, Número 4
1974

Artículos

- 331 La arqueología de la medicina—*Sergio Arouca y Miguel Márquez*
- 347 Educación médica del graduado: Bases doctrinarias—*Rodrigo Yépez, César Hermida, Fernando Sempertegui y Dimitri Barreto*
- 354 Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina
- 360 El estudiante de medicina—Su distribución en las Américas, 1971-1972—*María Isabel Rodríguez*
- 390 La decisión de estudiar enfermería—*Olga Verderese y Juan C. García*
- 408 Enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina—Segundo Informe del Comité de Expertos de la OPS/OMS
- 420 Enseñanza de la salud mental en las escuelas de medicina de la América Latina—Primer Informe del Comité de Expertos de la OPS/OMS

Noticias

- 428 XIX Conferencia Sanitaria Panamericana

Reseñas

- 437 La OPS y sus publicaciones

- 440 Índice

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

La arqueología de la medicina¹

DR. SERGIO AROUCA¹ Y DR. MIGUEL MARQUEZ²

INTRODUCCION

Con la publicación de las obras de Michel Foucault *El nacimiento de la clínica*³ e *Historia de la locura en la época clásica*⁴ se abrieron nuevos horizontes al estudio de los aspectos sociales e históricos de la medicina. Sin embargo, dado su carácter complejo y polémico, por un lado, y la extraordinaria riqueza analítica de su arsenal de nuevos conceptos, por el otro, estas obras no tuvieron la difusión esperada en el campo de la salud.

El presente artículo trata de ofrecer una breve introducción a la nueva disciplina creada por Foucault—*la historia arqueológica*—concretamente en el aspecto relativo a la medicina.

LA HISTORIA ARQUEOLOGICA Y LA HISTORIA DE LAS CIENCIAS

Según Canguilhem, la historia de las ciencias se define en relación con el discurso metódico que constituye su objeto científico. Por lo tanto, “el objeto del discurso es la ‘historicidad’ del discurso científico, en la medida en que esta historicidad representa la realización de un proyecto interiormente regulado, pero surcado por accidentes, retrasado o desviado por obstáculos, interrumpido por crisis, es decir, momentos de enjuiciamiento y de verdad” (1). En estas condiciones, la ciencia tiene su propio aspecto, su ritmo y, para expresarnos mejor, su temporalidad específica; procede por reorganizaciones, rupturas y mutaciones; pasa por puntos críticos en los que el tiempo se acelera o se hace más pesado, efectúa bruscas aceleraciones y retrocesos repentinos.

¹Profesor Asistente del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas, Brasil.

²Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS.

³Siglo XXI Editores, S.A. México, D.F., 1966. (Primera edición en francés *Naissance de la clinique*, Presses Universitaires de France, París, 1963.)

⁴Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1967. (Primera edición en francés *Histoire de la folie à l'âge classique*, Editions Plon, París, 1964.)

Foucault, situándose dentro de este contexto, responde a las preguntas formuladas por el círculo epistemológico sobre sus obras, y discute la función del concepto de discontinuidad en la historia, en los términos que se precisan a continuación.

La noción de discontinuidad fue elaborada por Bachelard (2), quien afirma su existencia en varios niveles:

1. Discontinuidad entre los conocimientos comunes y los científicos.
2. Discontinuidad a nivel de la historia de las ciencias, cuya evolución no es lineal sino dialéctica.
3. Discontinuidad a nivel de la labor de los científicos, lo que revela el carácter social de la ciencia contemporánea, cuya evolución ha sido fecundada por las críticas recíprocas y los debates, provocando nuevas investigaciones y progresos. Estas críticas de las teorías inducen a una ruptura entre la ciencia adquirida y la investigación, con lo cual el conocimiento adquiere dinamismo.
4. Discontinuidad a nivel del lenguaje científico en relación con el lenguaje común.

La obra de Bachelard, al romper con la idea de la acumulación indefinida de conocimientos, atribuye a la noción de discontinuidad una función fundamental en la historia de las ciencias que, según Foucault, es triple:

1. Actuación deliberada del historiador (en la que la noción de discontinuidad funciona como un elemento que determina la fijación de periodizaciones).
2. Resultado de la descripción (la discontinuidad establece la incidencia de las rupturas).
3. Un concepto en continua especificación (según el campo en que se aplique la noción).

La noción de discontinuidad, convertida en instrumento fundamental de trabajo del historiador, se opone a la historia continua, cuya correlativa es la conciencia. Y oponerse a la conciencia es oponerse a la historia que favorece al sujeto y colocarse en la línea de las investigaciones de la economía política, el psicoanálisis, la lingüística y la etnología, que “despojan al sujeto de las leyes de su deseo, de las formas de su lenguaje, de las normas de su actuación y de los sistemas de sus discursos míticos” (3).

A base de la aplicación sistemática del concepto de discontinuidad dentro de la historia de las ideas (o de las ciencias, el pensamiento o los conocimientos), Foucault realiza primero un trabajo desde un ángulo negativo, identificando las nociones que están vinculadas a la historia continua, a saber:

1. Conjunto de nociones vinculadas al postulado de la continuidad:
 - a) Tradición: que permite al mismo tiempo delimitar cualquier novedad a

partir de un sistema de coordenadas permanentes y de dar un estatuto a un conjunto de fenómenos constantes.

- b) Influencia: que ofrece un apoyo, más bien mágico que sustancial, a los hechos de transmisión y de comunicación.
- c) Evolución: que permite describir una serie de acontecimientos como manifestación de un principio organizador único.
- d) Teleología: que opera como una noción inversa y simétrica de la anterior, de una evolución hacia una fase normativa.
- e) Mentalidad o espíritu de una época: que permite establecer, entre fenómenos simultáneos o sucesivos, una comunidad de sentidos, de lazos simbólicos, una serie de semejanzas e imágenes (representaciones).

- 2. Recortes o agrupamientos familiares: es preciso dejar pendiente clasificaciones tales como literatura, ficción, arte, ciencia, etc., que, además de constituir un hecho histórico, son elementos aptos para el análisis.
- 3. Las unidades impuestas naturalmente: se debe poner en discusión el libro o la obra como unidad inmediata para disolverla en un campo del discurso.
- 4. Postulados: es preciso apartarse de los postulados íntimamente vinculados:
 - a) Que en el orden del discurso nunca se puede señalar la irrupción de un acontecimiento verdadero; que además del inicio aparente hay siempre un origen secreto.
 - b) Que todo discurso manifiesto se basa secretamente en algo que ya ha sido dicho, que no es simplemente una frase ya pronunciada o un texto escrito, sino un volver a decir lo que “jamás se ha pronunciado”.

Luego, Foucault toma la noción de discontinuidad desarrollada por Bachelard, que le obliga a situarse en un círculo del método donde la noción es, al mismo tiempo, objeto e instrumento de la investigación y delimita el campo de análisis del que ella es el efecto. De ahí la necesidad de establecer una polémica con la historia de las ideas continuistas, debatiendo sus postulados y especificando las nociones que la sostienen. Según el autor (4) la historia de las ideas tiene dos funciones: narrar no la historia de las ciencias sino de los acontecimientos que nunca lograron la “cientificidad”, y penetrar en las disciplinas existentes para analizarlas y darles una nueva interpretación.

En este sentido, Lecourt (5) sintetiza los postulados de la historia de las ideas en la forma siguiente:

“1. Génesis: donde todas las regiones del saber se refieren a la unidad de un sujeto individual o colectivo como a su origen.

2. Continuidad: la continuidad del desarrollo constituye la correlativa necesaria de la unidad de origen.

3. Totalización: la homogeneidad de las partes constituye la correlativa necesaria de la unidad de origen”.

Foucault (6) rechaza la instancia del sujeto-creador y, por tanto, la

unidad de origen; asume el “descentramiento” sobre el sujeto, poniendo en tela de juicio toda la teoría “humanista o antropologista del conocimiento y de la historia”, y define sus postulados en la negación del sujeto, en la discontinuidad y en la especificidad.

LA HISTORIA ARQUEOLOGICA

Foucault se desvía de la noción de *archivo* en el sentido de textos conservados por una civilización, depósitos, colecciones y redefiniciones, como un juego de normas que determinan en una cultura la aparición y desaparición de enunciados, su permanencia, su expresión y su existencia paradójica de acontecimientos y de cosas. El autor concentra su análisis en los acontecimientos discursivos y los relaciona con otros de orden político, social, económico, etc. (7).

Se trata, por consiguiente, de estudiar las normas que históricamente determinan los discursos, aunque sea un discurso que ya no se considera como un documento conservado, sino como un *monumento*.

En este sentido, Foucault piensa que la arqueología “pretende definir no los pensamientos, las representaciones, las imágenes, los temas, las obsesiones que se ocultan o se manifiestan en los discursos, sino esos mismos discursos, esos discursos en tanto que prácticas que obedecen a unas reglas” (8). En consecuencia, la *historia arqueológica* parte de un conjunto de discursos considerados al nivel del análisis como *monumentos* para tratar de determinar sus *normas* históricas específicas y sus relaciones con *acontecimientos no discursivos* en la medida en que estos discursos dan lugar a un *saber*.

Pero queda pendiente la cuestión de determinar a qué tipo de discursos se dirige el análisis arqueológico: ¿a los discursos científicos, a los precientíficos o a los pseudocientíficos?

Foucault afirma (9) que “la arqueología recorre el eje: práctica discursiva-saber-ciencia”, y define el saber como “el conjunto de elementos (objetos, tipos de formulación, conceptos y escuelas teóricas) formados de manera regular por una práctica discursiva y que son indispensables a la constitución de una ciencia” (10).

En otras palabras, el saber es el producto de una práctica discursiva que puede pasar a través de textos literarios, filosóficos y científicos, así como obras de ficción, reflexiones, narraciones, regulaciones institucionales y decisiones políticas.

Por eso, el saber y la ciencia no definirían relaciones de sustitución, exclusión o yuxtaposición; más bien “la ciencia aparece en el elemento

de una formación discursiva y sobre un fondo de saber” (11) y es en esta articulación donde se encuentra el funcionamiento ideológico de las ciencias.

En consecuencia, el problema consiste en tratar de analizar una serie de acontecimientos en el interior de un discurso, en general, admitiendo que estos acontecimientos constituyen un espacio finito donde se procura determinar esa singular existencia que surge en lo que se dice (12).

LA OBRA DE MICHEL FOUCAULT

Para comprender los conceptos expuestos por Foucault en *Arqueología del saber*⁵ es preciso considerar, aunque sea sucintamente, su recorrido intelectual. Rouanet, en su trabajo “La gramática del homicidio” (13) divide la obra de Foucault en dos momentos. El primero consiste en una descripción empírica del discurso de la medicina, del discurso de la locura y del discurso de la epísteme. El segundo es el de la reflexión teórica sobre los principios puestos o no en juego en las descripciones. Este es el momento de la sistematización de un trabajo que, según Foucault, sería muchas veces intuitivo y elaborado en cierto desorden, en el interior de una tarea que consiste en medir “las mutaciones que se operan en general en el dominio de la historia. En esta empresa se ponen en duda los métodos, los límites, los temas propios, y la historia de las ideas; se trata de deshacer las últimas sujeciones antropológicas, y se desea mostrar, en cambio, cómo pudieron formarse las sujeciones”.

En la obra *Enfermedad mental y personalidad* (14), escrita en 1954, Foucault trata por primera vez de comprender estas enfermedades mediante el estudio de los análisis psicológicos y de los conceptos que revelan la existencia de aquellas en las culturas en que surgieron. Más adelante vuelve Foucault a elaborar este trabajo, dándole incluso un nuevo título: “Enfermedad mental y psicología” (*Maladie mentale et psychologie*), así como un nuevo significado, en el que empieza a aparecer el proyecto arqueológico cuando el autor se plantea la cuestión de la naturaleza de la enajenación y la de que el mundo enajena al hombre. La respuesta se formula en dos sentidos: por un lado, una reestructuración del espacio cultural en la que lo normal pasa a ser el comportamiento que se ajusta a la libertad burguesa, lo que está vinculado a toda

⁵ Siglo XXI Editores, S.A., México, D.F., 1970. (Primera edición en francés *L'archéologie du savoir*, Editions Gallimard, París, 1909.)

una nueva formulación en el conjunto de la práctica médica, y por el otro, la afirmación positiva de una cultura, en el fenómeno que rechaza (la locura), cuando “la gran confrontación de la razón y la sin razón deja de hacerse en la dimensión de la libertad y cuando la razón deja de ser para el hombre una ética para convertirse en una naturaleza . . .” (15).

El primer libro del momento descriptivo de Foucault es la *Historia de la locura en la época clásica* (16), en el cual el autor desarrolla y amplía estudios iniciados en la obra *Enfermedad mental y psicología*, analizando la acción que instaura la locura y posibilita que sea objeto de conocimiento.

El problema central de la *Historia de la locura* fue la aparición de una nueva disciplina en el siglo XIX—la psiquiatría—la cual, por su contenido, organización interna y práctica se diferenciaba de la medicina del siglo XVIII. El estudio del nacimiento de esta nueva disciplina demuestra que las condiciones que permitieron su aparición estaban vinculadas a un juego de relaciones entre la hospitalización, el internamiento, las condiciones y los procedimientos de la exclusión social, las normas de jurisprudencia, las del trabajo industrial y las de la moral burguesa.

En los siglos XVII y XVIII las enfermedades mentales se trataban en el interior del discurso médico, obedeciendo al mismo estatuto que las afecciones orgánicas y, por consiguiente, sin ninguna autonomía. La práctica discursiva en la medicina para tratar las enfermedades mentales existía también en los reglamentos administrativos, en los textos literarios o filosóficos, en los proyectos de trabajo obligatorio o de asistencia a los necesitados.

La *Historia de la locura* es mucho más la historia de la lisura que establece la distancia entre la razón y la sinrazón, la historia de la represión de la sinrazón.

Así, Rouanet divide el trabajo en las etapas siguientes:

1. *La indiferenciación*: que corresponde a la visión renacentista de la locura en la que el “loco se considera como el hombre esencial que en su naturaleza secreta es furor y sin razón” (17). La locura se trata en el campo del arte como el deseo de una inocencia utópica, y en la literatura, “la conciencia moral confisca la experiencia de la locura”. Pero el aspecto fundamental de esta fase estriba en que la locura es immanente al mundo y no representa una alteración.

Foucault se refiere a la visión de la locura en el Renacimiento en los siguientes términos: “La locura está allí, en el corazón de las cosas y de los hombres, como signo irónico que disuelve las fronteras de la verdad

y la quimera, recordando sólo las grandes amenazas trágicas—vida más inquieta que inquietante, agitación frívola, movilidad de la razón” (16).

2. *La segregación*: al definir la locura como alteración inscrita en el plano moral de la ociosidad, el período clásico surge como la antítesis del Renacimiento. La locura está junto a los ociosos, los libertinos, los desempleados, en contra de la lógica de una sociedad mercantilista. La locura se convierte en la perversión de la esencia humana, un antimundo y, como tal, está sujeta a reclusión.

3. *El asilo*: con la aparición del capitalismo y la consecuente necesidad de fuerza laboral, la locura se separa de la pobreza, cuyo estatuto social queda modificado. La locura se aísla en la reclusión, siendo liberada para el conocimiento.

Foucault, al revisar la historia de la locura, considera que se trataba de una formación discursiva en la cual los puntos de opción teóricos, los sistemas conceptuales o los regímenes enunciativos eran poco complejos y en la que el problema estriba en la manifestación de una serie de objetos mezclados y complejos. En función de la metodología, el problema se situaba a nivel de las normas de formación de los objetos.

Se trataba, pues, de delimitar las *superficies de emergencia* de esa pluralidad de objetos a las que en el siglo XIX, además de la familia, el grupo social inmediato, el medio de trabajo, la comunidad religiosa, se añadieron otras nuevas, como el arte, la sexualidad y la penalidad, y esos campos ofrecieron al discurso psiquiátrico posibilidades de “limitar su dominio, de definir aquello de que se habla, de darle el estatuto de objeto, o sea de hacerlo aparecer, de volverlo nominable y descriptible” (18). Se trataba de determinar las *instancias de delimitación* que reconocieron a la medicina como la instancia superior que define la locura como objeto, junto con la justicia penal, la autoridad religiosa, la crítica literaria y artística. Se trataba también de analizar los *grados de especificación* que se constituían en los sistemas, según los cuales se clasificaban, separaban, agrupaban y derivaban las diferentes locuras como objetos del discurso psiquiátrico, y se trataba de determinar las relaciones establecidas entre las categorías psiquiátricas y judiciales, entre las instancias de decisión médica y la instancia de decisión judicial, entre las normas familiares, sexuales, penales, del comportamiento de los individuos y el cuadro de síntomas patológicos y las enfermedades que indican, etc.

El segundo momento descriptivo de la obra de Foucault se refiere al análisis de *El nacimiento de la clínica* (19), en donde el autor examina las modificaciones que experimentaron las formas de enunciación del discurso médico a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX.

Situándose en el plano de la especialización y verbalización fundamentales de lo patológico, Foucault, frente a las nuevas formas de racionalidad médica basadas en la percepción empírica, encuentra los fundamentos de la posibilidad de un discurso científico sobre el individuo y, por lo tanto, la aparición de las denominadas ciencias humanas.

Para realizar ese estudio, ante las conjeturas que caracterizan la trayectoria intelectual del autor, había que discutir el significado del término *comentario*. “¿Es fatal, por lo mismo, que no conozcamos otro uso de la palabra que el del comentario”? (19), pregunta Foucault, y llega a la conclusión de que en esta actitud encontramos la idea de que en el lenguaje hay siempre un exceso de significado sobre el significante, algo que se quiere decir y que se oculta en lo que ya se ha dicho. Comentar sería mantener el significante y abrir una posibilidad infinita de significados, como si los dos tuvieran autonomía e independencia completas y, al final, uno podría existir sin el otro y hablar de sí mismo.

La proposición metodológica de Foucault en este libro consiste en dejar en su adecuación de origen los términos significado y significante, para realizar un análisis del significado que escape al comentario. Así, la clínica aparece como un nuevo corte del significado, y el principio de su articulación es un significante que corresponde al lenguaje de una “ciencia positiva”.

En una entrevista concedida a la revista *Esprit* (20), Foucault expone las hipótesis en que se basó para establecer las relaciones entre las prácticas discursivas y las no discursivas en *El nacimiento de la clínica*:

Primera hipótesis: lo que se modificó es la conciencia de los hombres (por el efecto de los cambios económicos, sociales y políticos), y por la misma razón se alteró su percepción de la enfermedad, y reconocieron las consecuencias políticas (malestar, descontento, disturbios en las poblaciones en malas condiciones de salud); percibieron las repercusiones económicas (deseo de los empleadores de disponer de una fuerza laboral sana, de la burguesía en el poder, de transferir al Estado las obligaciones asistenciales); transfirieron su concepto de la sociedad (una sola medicina de valor universal, pero con dos campos de aplicación distintos: el hospital para las clases necesitadas, y la profesión liberal para los adinerados); transcribieron su nuevo concepto del mundo (profanación del cadáver, lo que permitió la autopsia; mayor importancia al organismo vivo como instrumento de trabajo, y preocupación por la salud en lugar de la preocupación por la salvación).

Segunda hipótesis: las nociones fundamentales de la medicina clínica

procederían, por transposición, de una práctica política o, por lo menos, de las formas teóricas en las que ella se refleja. Las ideas de solidaridad orgánica, cohesión funcional, comunicación tisular, abandono del principio de clasificación en favor de un análisis de la totalidad corporal, correspondían a una práctica política que, bajo estratificaciones todavía feudales, revelaban relaciones sociales de tipo funcional y económico. O incluso, la negativa de ver en las enfermedades una gran familia de especies casi botánicas y el esfuerzo por encontrar para lo patológico su punto de inserción, su mecanismo de desarrollo, su causa y, por último, su terapéutica, no corresponden al proyecto, en la clase dominante, de no dominar más el mundo solamente con el saber teórico, sino con una serie de conocimientos aplicables, su decisión de dejar de aceptar como naturaleza lo que se le impusiese como límite y como mal (21).

Foucault rechaza las dos hipótesis preliminares. La primera por el hecho de que los efectos observados sólo se produjeron en la medida en que el discurso médico había adquirido un nuevo estatuto, aparte de que esta hipótesis no da cuenta de la formación de un discurso científico. La segunda hipótesis plantea problemas en cierto modo no pertinentes a la cuestión que es, “en el medio de otros discursos y de manera general en otras prácticas, el modo de existencia y de funcionamiento del discurso médico para que se produzcan esas transposiciones o transferencias” (22). El rechazo de esta hipótesis sirve de base al autor para elaborar la tercera.

Tercera hipótesis: si existe en realidad un vínculo entre la práctica política y el discurso médico no es porque esta práctica cambió primero la conciencia de los hombres, su manera de percibir el mundo y, finalmente, la forma de su conocimiento y el contenido del saber; ni tampoco porque esta práctica se reflejó, al principio, de manera más o menos clara y sistemática, en conceptos y nociones o temas importados por la medicina. Fue de una manera mucho más directa: la práctica política transformó no el sentido en la forma del discurso sino sus condiciones de emergencia, de inserción y de funcionamiento, *transformó el modo de existencia del discurso médico.*

Al igual que en la obra anterior, se encuentran en el análisis tres fases distintas:

1. *La medicina clasificadora.* Esta medicina se caracteriza por un concepto de la enfermedad en que su espacio de configuración no depende de su espacio de localización en el organismo del enfermo, en el que la enfermedad forma parte de una organización jerarquizada en familias, géneros y especies y está contenida en un espacio donde la

vertical delimita las complicaciones y la horizontal las homologías. Las analogías definen la esencia de las enfermedades y la forma de las analogías sirve de ley de su propia producción. El médico, para aprender la esencia del hecho patológico, debe necesariamente abstraerse del enfermo. Uno de los aspectos importantes de la medicina clasificadora es que, por las características de la naturaleza de la enfermedad, esta posee una “espacialización” libre, sin estar sujeta al hospital.

2. *La medicina clínica.* A fines del siglo XVIII comienza a surgir la medicina clínica, proveniente de una experiencia inicialmente pedagógica que implanta una nueva relación entre la mirada médica y la esencia de las enfermedades, originando por tanto la posibilidad de su enunciación. Foucault afirma: “la clínica es probablemente el primer intento desde el Renacimiento de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada” (19).

3. *La medicina anatomopatológica.* La anatomopatología, al instituir la muerte como una forma de conocer la vida, abre el campo de la medicina en tres dimensiones y promueve el encuentro de la configuración de la enfermedad con su espacio de localización. La muerte, definida como el fin de un proceso morboso, permite conocer las enfermedades mediante el estudio del individuo. “El cadáver abierto y exteriorizado es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo” (19).

En *El nacimiento de la clínica* Foucault considera que, dentro de las normas de formación, el análisis se dirigirá menos hacia la formación de los sistemas conceptuales o de las opciones teóricas que hacia el estatuto, el lugar institucional, la situación y los modos de inserción del sujeto del discurso.

En el siglo XIX el discurso médico es la formación por descripciones cualitativas, narraciones bibliográficas, demarcación, interpretación y recorte de los signos, raciocinios por analogía, verificaciones experimentales y otras formas, pero lo importante para definir la *formación de las modalidades enunciativas* es encontrar la ley de todas esas enunciaciones y el lugar de donde proceden.

La primera pregunta que habría que responder es la de ¿quién habla? El médico, estudiado a través del estatuto que define su competencia y sus límites, sus relaciones con otros grupos y con la sociedad, su definición reivindicada de ser el personaje que posee el poder de conjurar el sufrimiento y la muerte, estas modificaciones surgidas en el estatuto con la sociedad industrial en cuanto a la salud de

las poblaciones, la forma de fuerza laboral, pasó a constituir uno de los elementos importantes para la producción.

El segundo problema se refiere a la especificación de los lugares institucionales de donde el médico obtiene su discurso, lo pronuncia y encuentra su punto de aplicación. Así, en el siglo XIX el hospital, la clínica particular, el laboratorio y la biblioteca se articulan, permitiendo la práctica discursiva de la medicina.

A continuación se trata de determinar la posición del sujeto en relación con los diversos dominios y grupos de objetos. En el propio siglo XIX vuelve a definirse el campo perceptivo de la medicina con la utilización de innovaciones instrumentales, las técnicas quirúrgicas, la anatomía patológica, nuevos sistemas de registro de datos, la institución de nuevas formas de enseñanza y las relaciones con otros campos no médicos.

El tercer trabajo del momento descriptivo de Foucault consiste en una obra más compleja que las anteriores que trataban de campos específicos del saber, ya que el estudio *Las palabras y las cosas*⁶ es una descripción de totalidades culturales. La unidad de este estudio es la episteme, o sea “el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir para una época determinada entre las ciencias cuando se analizan a nivel de las regularidades discursivas” (18). Se trataba de estudiar las redes de conceptos y sus normas de formación en la gramática general, en la historia natural y en el análisis de las riquezas.

Según Foucault, la historia de las ideas y de las ciencias ha pasado, desde el Renacimiento hasta nuestros días, por tres epistemes: la renacentista, la clásica y la moderna.

1. *La episteme del Renacimiento*. El concepto fundamental de esta episteme es el de la *similitud*, ya que el saber es el saber de las semejanzas. Pero no hay semejanza sin signaturas (marcas impresas en las cosas) que permiten descifrar lo real. Así, saber es descifrar, y las palabras y las cosas encuentran en la similitud un punto de reunión.

2. *La episteme clásica*. En el período clásico se sustituye el concepto de similitud por el de la representación, constituyendo un nuevo espacio de identidades y diferencias. El proyecto general de la episteme consiste en establecer una ciencia general del orden, constituido por un sistema articulado de una *mathesis* (orden de las naturalezas simples) que abarca las ciencias de la cantidad; una *taxonomía* (orden de las naturalezas complejas) que abarca las ciencias de la calidad, y un *análisis genético* (orden de las constituciones de los órdenes).

⁶Siglo XXI Editores, S.A., México, D.F., 1968. (Primera edición en francés *Les mots et les choses, une archéologie des sciences humaines*, Editions Gallimard, París, 1966.)

Foucault encuentra en la gramática general teorías del lenguaje en que los sistemas de signos tienen capacidad para representar todas las cosas; en la historia universal, la teoría de la clasificación de los seres en que todo lo visible puede reducirse a un esquema clasificador de familias, géneros y especies; en el análisis de las riquezas, las teorías de la moneda, en que toda riqueza puede ser intercambiable con la moneda, un fundamento de una teoría de los signos y la representación. En resumen, “todo lenguaje es nombrable, todo ser es clasificable y toda riqueza monetizable: tres manifestaciones convergentes de la visión clásica, basada en la certeza de que todo lo real puede ser representado y de que toda representación, expresada por el discurso, puede ser inscrita en un cuadro, instancia suprema del orden” (18).

3. *La episteme moderna.* La episteme moderna se caracteriza por la sustitución del orden por la edad de la *historia*, en que el *hombre* surge como objeto del conocimiento. Para el mundo moderno, la historia impone sus leyes a todo lo que se ofrece a la experiencia. Así, la historia de las riquezas se transforma en la economía, en la que el concepto fundamental ya no es la moneda sino el proceso de producción y por lo tanto el trabajo; la historia natural se transforma en la biología, sustituyendo la noción de ser vivo por la noción de la vida, separándola definitivamente de lo inorgánico y atribuyéndole una organización interna y un conjunto de relaciones con el mundo exterior, lo que permitió la aparición de las teorías evolucionistas; la gramática general se convierte en la filología, en la que la palabra sólo tiene significado dentro de una organización gramatical que le garantiza la coherencia del lenguaje.

En la episteme moderna las cosas se prestan a la experiencia dentro de la subjetividad de un ser que piensa—el hombre—“una invención reciente, una figura que no tiene dos siglos, un simple pliegue de nuestro saber . . . que desaparecerá apenas este saber haya encontrado una forma nueva”.

Rouanet encuentra cierta unidad entre los tres trabajos del momento descriptivo de Foucault, ya que siguen el mismo plan formal; el orden de sucesión se delimita en un esquema siempre ternario (medicina de las especies, medicina clínica, anatomopatología; período renacentista, clásico y moderno; indiferencia, segregación y asilo); hay una correspondencia general entre las diversas fases de los tres trabajos, como por ejemplo en la episteme moderna, cuando el hombre aparece en su propia finitud (la historia) y las cosas están dotadas de una interioridad propia, la medicina anatomopatológica instaura la “tridimensionalidad”

sobre un telón de fondo de la muerte, y la psiquiatría define al loco en función de su propia patología.

Terminado el momento descriptivo, Foucault procede a la sistematización de los principios y conceptos utilizados en la fase anterior, comenzando a darles un estatuto teórico, trabajo que, según el autor, no entraba perfectamente en el campo teórico ni en el metodológico, puesto que se trataba más bien de “una tentativa de identificar el nivel en el que debía situarse (el autor) para hacer surgir esos objetos que había manipulado durante mucho tiempo sin conocer su existencia y, por consiguiente, sin poder nombrarlos” (13). Esta labor fue realizada en *Arqueología del saber*.

RESUMEN

Este artículo pretende servir a manera de introducción a la nueva disciplina creada por Michel Foucault—la historia arqueológica—en el aspecto relativo a la medicina. Los autores analizan la obra del pensador francés principalmente a través de tres de sus más conocidos libros: *Historia de la locura en la época clásica*, *El nacimiento de la clínica* y *Las palabras y las cosas*.

En el primero de ellos Foucault desarrolla y amplía trabajos anteriores y analiza la acción que instaura la locura. Parte de un análisis de la visión de la locura en el Renacimiento (en donde se la considera inmanente al mundo) y en el período clásico, en que se la identifica con la perversión, el libertinaje, la ociosidad; más tarde la locura “se separa de la pobreza” y es aislada en la reclusión, siendo “liberada para el conocimiento”.

En *El nacimiento de la clínica* examina Foucault las modificaciones en las formas de enunciación del discurso médico a fines del siglo XVIII y principios del XIX. Expone las hipótesis en que se basa para establecer las relaciones entre las prácticas discursivas y las no discursivas y describe tres fases distintas en el análisis: la medicina clasificadora, la clínica y la medicina anatomopatológica.

En *Las palabras y las cosas* la unidad de estudio es la episteme, que describe como “el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir para una época determinada entre las ciencias cuando se analizan a nivel de las regularidades discursivas”. Según Foucault la historia de las ideas ha pasado por tres epistemes: la renacentista, la clásica y la moderna.

REFERENCIAS

- (1) Canguilhem, G. *O objeto da história das ciências em epistemologia*. Rio de Janeiro, Editorial Tempo Brasileiro, Jan.-Marco, 1972, pág. 15.
- (2) César, C. M. "A influencia de Brunschvig na concepção evolutiva do conhecimento científico em Gaston Bachelard". Tesis de doctorado, 1972, págs. 74-75.
- (3) Foucault, M. "Repuesta ao circulo epistemologico". En *Estructuralismo e teoria da linguagem*. Rio de Janeiro, Editorial Voze, 1970, pág. 16.
- (4) *Ibid.*, pág. 25.
- (5) Lecourt, D. *Para una crítica de la epistemología*. México, D.F., Siglo XXI Editores, S.A., 1973, pág. 102.
- (6) Foucault, M. *Op. cit.* Pág. 101.
- (7) Foucault, M. *Arqueología del saber*. Siglo XXI Editores, S.A., 1970, pág. 231.
- (8) *Ibid.*, pág. 233.
- (9) *Ibid.*, pág. 307.
- (10) *Ibid.*, pág. 306.
- (11) *Ibid.*, pág. 309.
- (12) *Ibid.*, pág. 44.
- (13) Rouanet, S. P. "A gramática do homicidio." En *O homen e o discurso*. Rio de Janeiro, Editorial Tempo Brasileiro, 1973, pág. 24.
- (14) Foucault, M. *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1964.
- (15) *Ibid.*, pág. 98.
- (16) Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1967.
- (17) Rouanet, S. P. "A gramática do homicidio". En *O homen e o discurso*. Editorial Tempo Brasileiro, 1973, pág. 25.
- (18) Foucault, M. *Arqueología del saber*. México, D.F., Siglo XXI Editores, S.A., 1970, pág. 67.
- (19) Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. México, D.F., Siglo XXI Editores, S.A., 1966.
- (20) Foucault, M. En *Resposta a uma questão in epistemologia*. Rio de Janeiro, Editorial Tempo Brasileiro, 1972.
- (21) *Ibid.*, págs. 73-74.
- (22) *Ibid.*, pág. 74.

 ARCHEOLOGY OF MEDICINE (Summary)

An introduction is given to the new discipline created by Michel Foucault—archeological history—as it relates to medicine. In analyzing the work of the French thinker, the authors confine themselves for the most part to his three best known works: *Madness in Civilization*, *The Birth of the Clinic*, and *The Order of Things*.

In the first, Foucault develops and expands his earlier essays and analyzes the context of madness. He deals first with the Renaissance view of madness—i.e., that it was immanent in the world—and then the Classical conception, in which it was identified with perversion, licentiousness, and idleness. Later it is "separated from poverty" and isolated in reclusion, thus "freed for knowledge".

In *The Birth of the Clinic* Foucault examines the changes which took place in the enunciation of medical discourse at the end of the 18th century and the beginning of the 19th. He sets forth hypotheses to be used for establishing the relationship between discursive and nondiscursive practices and describes three separate phases in the analysis: classificatory medicine, clinical medicine, pathological anatomy.

In *The Order of Things*, the study unit is the episteme, which he defines as "the set of relationships that may be uncovered for a specific epoch between the sciences when analyzed at the level of discursive regularities." According to Foucault, the history of ideas has passed through three epistemes: the Renaissance, the Classical, and the Modern.

A ARQUEOLOGIA DA MEDICINA (*Resumo*)

Este artigo pretende servir como introdução à nova disciplina criada por Michel Foucault—a arqueologia da medicina. Os autores examinam a obra do pensador francês principalmente através de três dos seus livros mais conhecidos: *A História da Loucura na Idade Clássica*, *O Nascimento da Clínica* e *As Palavras e As Coisas*.

No primeiro livro, Foucault desenvolve e amplia trabalhos anteriores e analisa a ação que implanta a loucura. Parte de uma análise da visão da loucura no Renascimento (onde se a considera imanente ao mundo) e na idade clássica, em que se a identifica com a perversão, a libertinagem, a ociosidade; mais tarde, a loucura "separa-se da pobreza" e é isolada na reclusão, sendo "liberada para o conhecimento".

Em *O Nascimento da Clínica*, examina Foucault as modificações nas formas de enunciação do discurso médico em fins do Século XVIII e em princípios do Século XIX. Expõe as hipóteses em que se baseia para estabelecer as relações entre as práticas discursivas e as não discursivas, e descreve três diferentes fases de análise: a medicina classificadora, a clínica e a medicina anatomopatológica.

Em *As Palavras e As Coisas*, a unidade de estudo é o epistema, por ele descrito como "o conjunto das relações que se podem descobrir para uma época determinada entre as ciências, quando analisadas ao nível das regularidades discursivas". Segundo Foucault, a história das idéias passou por três epistemas: o renascentista, o clássico e o moderno.

ARCHÉOLOGIE DE LA MÉDECINE (*Résumé*)

Le présent article a pour objet de servir d'introduction à la nouvelle discipline créé par Michel Foucault—l'histoire archéologique—dans le domaine de la médecine. Les auteurs analysent l'oeuvre du penseur français à travers trois de ses ouvrages les plus connus: *Histoire de la folie à l'époque classique*, *La naissance de la clinique* et *Les mots et les choses*.

Dans le premier, Foucault développe et amplifie des ouvrages antérieurs pour ensuite analyser l'action qui engendre la folie. Il part d'une analyse de la vision de la folie pendant la Renaissance (qui la considère comme immanente au monde) puis pendant la période classique qui la compare à la perversion, au libertinage et à l'oisiveté. Plus tard, la folie "se sépare de la pauvreté" et se retrouve isolée en reclusion, pour être "libérée par la connaissance".

Dans la *Naissance de la clinique*, Foucault examine les modifications dont ont été l'objet les formes rhétoriques du discours médical à la fin du XVIIIe siècle et au début du XIXe. Il expose les hypothèses sur lesquelles on se fonde pour établir les

relations entre les pratiques oratoires et il non oratoires et décrit trois phases distinctes de l'analyse: la médecine de classification, la médecine clinique et la médecine anatomopathologique.

Dans *Les mots et les choses*, l'unité d'étude est le saron qu'il décrit comme "l'ensemble des rapports que l'on peut découvrir pour une époque donnée entre les sciences lorsqu'on les analyse au niveau des régularités oratoires". Selon Foucault, l'histoire des idées est passée par trois époques: la renaissance, l'époque classique et l'époque moderne.

Educación médica del graduado: Bases doctrinarias

DR. RODRIGO YEPEZ,¹ DR. CESAR HERMIDA,²
DR. FERNANDO SEMPERTEGUI² Y DR. DIMITRI BARRETO²

INTRODUCCION

El propósito principal del presente trabajo es analizar la educación médica del graduado, considerada como la tercera etapa en la formación de un médico, es decir, aquella que corresponde al período comprendido entre la obtención del título que lo habilita para el ejercicio de la medicina y el retiro del individuo de su profesión.

Las ideas que se exponen a continuación se refieren a las bases doctrinarias de la política de educación del graduado. Se procura al respecto aclarar una serie de conceptos sobre los cuales parece existir confusión a pesar de la experiencia acumulada en los últimos años.

Entendemos la educación del graduado como una manifestación destacada de la medicina, la cual reconoce en su interior dos instancias claramente visibles: la práctica médica y la formación de médicos. Cada una de estas tiene un ordenamiento, un sentido y un alcance propios, aunque se influyen mutuamente y definen ambas, con su perfil, los rasgos que caracterizan a la totalidad nacional.

LA PRACTICA Y LA FORMACION DE MEDICOS

La práctica médica y la formación de médicos tienen un correlato común: la producción de un saber científico, cuyas características de autenticidad definirán en último término la razón o sinrazón de las realizaciones en el campo que ahora nos ocupa.

El saber científico es parte de un saber general, entendido este último

¹Secretario Ejecutivo de la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina, Quito, Ecuador.

²Ayudante de la Secretaría Ejecutiva de la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina, Quito, Ecuador.

como el conjunto de ideas y conceptos que en un determinado momento regulan las relaciones de los individuos en una sociedad. El saber científico, como parte del saber general, coexiste con un saber no científico que llamaremos saber común. Desde Foucault nos es dable comprender que el saber común no es de ningún modo el saber científico contaminado, sino por el contrario, su matriz.

Si el saber general participa de las relaciones sociales, sus elementos constituyentes—el saber científico y el saber común— se configurarán en correspondencia con la historicidad de la formación social de que se trate. El saber científico emerge entonces del contexto de cada realidad, insertándose en su trama ideológica y en sus condicionantes estructurales. La práctica médica y la formación de médicos se corresponden igualmente con el carácter de cada formación social y la transmisión del saber, vale decir, el discurso médico se destaca como manifestación relevante en el proceso.

Históricamente, en la Grecia clásica, la medicina sustentó sus categorías en la armonía de las formas y en el gimnasio ateniense. Apolo fue el paradigma social de lo normal. El conocimiento médico, impregnado de disquisiciones filosóficas sobre lo estético en oposición a lo antiestético, explicó las distintas afecciones por la discrasia de fluidos apareados (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Toda curación significó un peregrinaje y todo tratamiento supuso un exilio; la curación coincidió con el retorno al equilibrio: la eucrasia de los humores.

En la Edad Media, la medicina, conservando lo esencial de la herencia galénica, se enlazó con la religión, y la enfermedad se consideró como una “participación en la gracia de Dios”. Cuidar del enfermo constituía una obligación cristiana. Sin embargo, cuidado médico no era atención médica; la enfermedad debía ser sufrida y las acciones para detenerla se consideraban como ciencia pagana. El conocimiento médico fue “secuestrado” en círculos aristocráticos y encerrado en rígidos encuadres teológicos; las irrupciones científicas fueron disueltas con apelaciones metafísicas.

Más tarde, el discurso de la medicina tomó para sí un conjunto de preocupaciones filosóficas y científicas y empezó a construir una representación material de la salud. Descartes llamó “máquina” a cada parte anatomofisiológica del cuerpo que aisló para hacer una descripción exhaustiva de su relojería íntima. La fuente de las enfermedades se buscó en la imperfección de las uniones, en los mecanismos trabados, en la discontinuidad de la hemodinámica. La minuciosa Anatomía de Vesalio, la circulación cardiovascular de Harvey, los estudios de la locomoción de Borelli, dieron lugar a la concepción del cuerpo humano

como un elemento que sólo tiene manifestaciones en sí mismo, en el ordenamiento de sus partes, en el funcionamiento de su aparato, en la articulación de sus efectos físico-químicos.

Bachelard denominará “obstáculo epistemológico” a esta relación aparentemente inconsciente que en adelante presidiría las descripciones tanto de la fisiología humana como del mundo de las máquinas.

La concentración industrial masiva de las sociedades capitalistas terminó por desplazar a la medicina del espacio religioso y la articuló con el proceso de producción económica, definiéndola a la vez como la actividad cuyo objeto primordial es la conservación y adaptación de la fuerza de trabajo.

A lo largo de la historia, el saber, transmitido a través del discurso médico, decurrió con su ritmo y temporalidad específicas, procedió por reorganizaciones y rupturas que hicieron que se escindiera y se renovara, tornándose cada vez más complejo e inagotable, exigiendo la concurrencia de varios campos científicos y desafiando su avance.

Así, el discurso de la escuela socrática—multidireccional y polifacético—fue cediendo sitio a un nuevo discurso, más restringido, aunque no siempre más profundo. Este devenir del contorno más difuso del saber a la definición más concreta trajo consigo una parcelación del conocimiento.

FUENTE PRIMARIA DE LA ESPECIALIZACION

La parcelación del conocimiento incide en el trabajo de los médicos y en el quehacer de la escuela de medicina con un carácter dominante.

Efectivamente, el médico, en su examen, ya no se esfuerza por traer a la superficie del cuerpo humano, a las potencialidades de su tacto, los elementos reveladores del mal. Ahora busca en el interior de los órganos, en su estructura histológica, la esencia de la lesión. La reconoce en la arquitectura celular. La investigación de la lesión fundamental, fácilmente accesible, invalida la rica lexicografía de signos que encierra la clínica y hace parecer anticuado el viejo signo patognomónico de certidumbre.

A partir de las 10 clases de entidades mórbidas distinguidas por Beissier de Sauvages y de los 11 tipos reconocidos por Linneo, la investigación causal apoyada por la electrónica o la fisicoquímica molecular llega en nuestros días a la identificación de lesiones cada vez más atomizadas, redistribuyendo en el plano de los conjuntos celulares, de los tejidos o de los órganos, los signos y síntomas de las

enfermedades aparentemente mejor individualizadas y cuya evolución se deshace de sus caracteres pretendidamente naturales.

La atomización decurre con el trabajo especializado, pero paradójicamente las especialidades pugnan por atrapar múltiples campos científicos. La embriología reagrupa a las enfermedades de la piel y de los nervios en sus mismos estratos ectodérmicos; la histología reúne a los problemas vasculares y musculares en el grupo de las colagenosis; la bioquímica agrupa en el seno de las enfermedades metabólicas los problemas del riñón, de la sangre y del cerebro.

Hasta hace poco, los estudios de medicina difícilmente rebasaban los límites biológicos. Ahora se inscriben en el quehacer escolar nuevos matices de acuerdo con la complejidad del ser social que es el objeto de su estudio. Así por ejemplo, estudiar la cirrosis significa actualmente estudiar la intoxicación misma a nivel metabólico y la estructura neurótica subyacente del objeto; estudiar la familia del alcohólico, su medio de trabajo, sus problemas sociales, sus proyectos, perspectivas, opiniones, actitudes políticas y su lugar en la trama de acontecimientos de la historia, que a través de una multitud de mutaciones modela el destino individual. Cada uno de los términos de esta exploración puede pesar definitivamente en la evolución de la enfermedad y en la curación.

Si así sucede en lo particular, en lo general cada nuevo enfoque hacia una enfermedad supone el desarrollo de un nuevo campo limitado del conocimiento que deviene en *la especialización*.

LA EXPERIENCIA EN ECUADOR

Este saber especializado está siendo transmitido de algún modo. En Ecuador esa transmisión reconoce dos modos predominantes: la especialización y la educación médica continua. Esta última adquiere a su vez dos formas: la actualización y el perfeccionamiento.

Entendemos por *especialización* el proceso mediante el cual un médico adquiere, en amplitud y profundidad, una serie de conocimientos correspondientes a una parte del saber, los mismos que al finalizar el proceso le son legitimizados mediante un título extendido por una institución escolar, en nuestro caso por la Universidad.

Entendemos por *perfeccionamiento* el proceso mediante el cual, un médico, especializado o no, mejora en un sector restringido el conocimiento, aquella formación que ya posee, buscando un nivel de excelencia para la aplicación de sus conocimientos en la práctica.

Entendemos por *actualización* el proceso a través del cual el médico

“pone al día” sus informaciones o sus destrezas y actitudes, ya sea “refrescando” las que ya poseía o adquiriendo otras nuevas en el sector del conocimiento que es de su competencia. La educación en servicio es, en ocasiones, una actualización; en otras, es una verdadera formación de poca complejidad.

El desarrollo de estas formas educativas en Ecuador es reciente. Su evaluación crítica rebasa nuestras posibilidades y el objetivo de este trabajo. Baste sólo destacar que, en razón de nuestra historia docente, la educación del graduado se impuso como punto de partida a la ulterior aparición de nuevas formas, cuyos matices van siendo exigidos por las situaciones concretas que en términos de atención médica demanda nuestra sociedad.

Actualmente coexisten diferentes metodologías en la educación del graduado:

- Cursos formales de tipo escolar.
- Residencias hospitalarias organizadas.
- Curso formal más residencia.
- Concurrencia asidua y prolongada a un servicio de salud.
- Cursos de corta duración.
- Autoaprendizaje bibliográfico.

CONCLUSION

Del análisis esbozado emergen tres premisas fundamentales en las que se fundamenta la doctrina para la educación médica del graduado, como se expresa a continuación:

1. Los modos y las formas que adquiere la educación del graduado en Ecuador permiten la universalización del conocimiento.
2. Los métodos y las estrategias correspondientes suponen un sentido multiplicador del saber y enlazan el nivel de educación del graduado con los niveles de formación previos.
3. La transmisión de conocimientos especializados tiene un alcance transformador y suscita en la sociedad un cambio cualitativo en los patrones de atención médica.

De estas premisas surge que una política de educación del graduado debe apuntar, en su sentido más amplio, hacia una realización educativa legítima, ubicada en el contexto de la autenticidad histórica. En rigor, esa realización educativa debe medirse por el grado de transformación que promueva en la práctica médica, lo cual supone la ruptura de estándares superpuestos de atención médica que en un momento dado pueden considerarse como modelos últimos.

En su sentido más estricto, esa política debe dirigirse a la universalización del saber, comprometida con un esfuerzo creador que se exprese en términos de la producción de un nuevo saber científico inscrito en la matriz del saber común que emana del quehacer social.

BIBLIOGRAFIA

- Devitt, J. "Does Continuing Medical Education by Peer Review Really Work?" *Can Med Assoc J* 108: 1279-1281, 1973.
- Escovitz, G. "The Continuing Education of Physicians in Relationship to Quality of Care Evaluation". *Med Clin North Am* 37: 4, 1973.
- Foucault, M. *Arqueología del saber*. México, D.F., Siglo XXI Editores, S.A., 1970.
- García, J. *La educación médica en la América Latina. Publicación Científica de la OPS* 255 (1972).
- Howard, R. "Peer Review—An Educational Necessity". *JAMA* 222: 731-732, 1973.
- Jolly, D. "L'analyse économique peut-elle s'appliquer a la formation continue du medecin". *Nouv Presse Med* 21: 1408-1410, 1973.
- Lecourt, D. *La historia epistemológica de George Canguilhem*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1973.
- Opfell, R. "The Role of State Medical Associations in Continuing Medical Education". *JAMA* 222:732, 1973.
- Organización Mundial de la Salud. *Organization of Postgraduate Education*. Reports from WHO Collaborating Institutes. Ginebra, WHO/EDUC/71. 139-143, 1971.
- "Report of Postgraduate Medical Education". *NZ Med J* 77: 111-115, 1973.

GRADUATE MEDICAL EDUCATION—BASIC DOCTRINE (*Summary*)

Following a retrospective analysis of the role of medicine down through the ages, the new directions being taken in medical education with a view to bringing it closer to man in society as its subject of study are described.

The Ecuadorean experience in the transmission of specialized knowledge is reported, and the forms that it may take are defined—namely, continuing education and courses for the updating and further training of the practitioner.

The different methodologies used in graduate education are mentioned: formal academic courses, hospital residencies, temporary assignment to a health service, short courses, self-instruction.

In conclusion, it is stressed that the aim of a graduate education policy should be, in the strict sense, to foster a universal approach to knowledge.

EDUCAÇÃO MÉDICA DO FORMADO—BASES DOUTRINÁRIAS (*Resumo*)

Este artigo parte de uma análise retrospectiva do papel da medicina através da história. Faz então o autor referência aos novos matizes que vem adquirindo o ensino médico para manter maior contacto com o ser social que é motivo de seu estudo.

Narra a experiência do Equador em matéria de transição do conhecimento especializado, e define cada forma que este pode assumir, tais como a educação médica continuada, a atualização e o aperfeiçoamento.

Assinalam-se as diferentes metodologias que se utilizam na educação do formado, a saber: cursos formais de tipo letivo, residências hospitalares, comparecimento a um serviço de saúde, cursinhos e auto-aprendizado.

Finalmente, salienta-se que uma política de educação do formado, em sentido estrito, deve ter por objeto a universalização do conhecimento.

EDUCATION MÉDICALE DU DIPLÔME: FONDEMENTS DOCTRINAIRES (Résumé)

Partant d'une analyse rétrospective du rôle joué par la médecine dans l'histoire, l'auteur se réfère ensuite aux nouvelles orientations que prend l'enseignement de la médecine afin de rester davantage en contact avec l'être social, raison d'être de son étude.

Il narre l'expérience de l'Equateur dans le domaine de la transmission des connaissances spécialisées et définit chacune des formes qu'elle peut assumer comme sont la formation médicale continue, le recyclage et le perfectionnement.

L'auteur signale les différentes méthodes utilisées dans l'éducation du diplôme: cours formels de type scolaire, résidence à l'hôpital, service de santé, séminaires et autodidactisme.

Il souligne enfin qu'une politique d'éducation du diplôme, au sens étroit du terme, doit avoir pour objet l'universalisation des connaissances.

Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina¹

INTRODUCCION

La introducción de las ciencias sociales en el campo de la medicina se produjo hace más de una década, posibilitando desde entonces la incorporación de un gran número de especialistas a diferentes niveles del sector salud. Por esta razón, resulta conveniente hacer un análisis de los modelos teóricos prevalentemente usados en la organización del conocimiento acumulado en la práctica de la integración de ambas disciplinas, así como de las consecuencias teóricas y prácticas que esto ha tenido, tanto para la sociología como para la labor médica.²

A la luz de este análisis, se tratará de proponer nuevos modelos de ordenamiento del conocimiento que permitan corregir las limitaciones que la práctica de la sociología médica ha puesto de manifiesto en estos años.

MARCOS TEORICOS DOMINANTES QUE ORGANIZAN EL CONOCIMIENTO DE LAS CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A LA SALUD

El enfoque sociológico fundamentado en el modelo funcionalista atraviesa una crisis profunda, por una parte, determinada por sus limitaciones explicativas, los sesgos ideológicos y la parcialización de la realidad estudiada, y por la otra, por la propia situación de ruptura interior de la sociología, donde cada vez es menos aceptada la posición de dominación hegemónica del funcionalismo como instrumento de explicación teórica de los fenómenos sociales.

¹Basado en el informe preliminar de la Reunión sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud (Cuenca, Ecuador, mayo de 1972), en la que participaron los doctores Hugo Mercer (Argentina); Everardo Duarte, Hesio Cordeiro y Domingos Gandra (Brasil); Carlos Escalante (Colombia); Lourdes García (Cuba); Claudio Jimeno (Chile); Rodrigo Yépez (Ecuador); Francisco Villagrán (Guatemala); José Manuel Alvarez Manilla (México); Emma Rubin de Celis (Perú); Héctor Apezechea (Uruguay); Yolanda Machado (Venezuela), y Juan C. García (OPS/OMS).

²El supuesto mal de considerar a las ciencias sociales como "ya introducidas" en el área de la salud no es precisamente una generalidad en nuestros países, de tal forma que la subyacente crítica puede resultar anticipada.

Frente a esta situación es imprescindible explicar en forma más detenida las limitaciones centrales del análisis funcionalista como modelo de organización teórica del conocimiento de las ciencias sociales en general y en especial su aplicación a los problemas de salud. No por muchas veces repetida deja de ser válida la crítica de que este tipo de análisis, extraído directamente del análisis organicista de la biología, hace la idea de equilibrio u homeostasis el supuesto central de toda su elaboración.

Las partes que constituyen un sistema dado—previamente aislado de toda otra influencia contextual la cual se hace mantener constante—contribuyen al mantenimiento de dicho equilibrio como prerequisite básico del funcionamiento del sistema. El cambio, por tanto, sólo puede ser concebido como una disfunción o desviación con respecto a este estado de equilibrio, situación anómala y transitoria a cuya superación contribuyen todas las demás partes constitutivas del sistema, las cuales se encuentran entre sí en una relación de interdependencia funcional.

Esto hace que el cambio se torne imposible (todas las partes trabajarían en contra de aquella que se “desvía”) o catastrófico (dado que al variar una parte necesariamente tendrían que variar todas, destruyendo el sistema). Así, en la praxis, el estudio del cambio social se imposibilita en su forma más pura, es una ideología del equilibrio y, por tanto, necesariamente conservadora. Por otra parte, no puede pretenderse el equilibrio de un todo si no se definen previamente sus límites externos. Por lo tanto, el objeto de análisis es inevitablemente definido como un sistema cerrado, por ejemplo, el sistema económico, el sistema político o el de salud.

El mundo circundante al sistema definido aparece como una constante, sin relaciones ni influencias sobre el sistema cerrado. Todo el proceso de análisis se circunscribe entonces a los elementos y actores que existen dentro del sistema a los cuales no llegan las influencias externas. Esto constituye, sin duda, una abstracción en la medida en que la función de dichos actores se limita a un plano superestructural (instituciones, normas, motivaciones, valores, actitudes, conductas, etc.). El análisis es entonces necesariamente formalista y abstracto en un sentido erróneo, al ser un modelo supuestamente científico que no elabora sus teorías a partir de la realidad, sino a partir de un objeto de estudio previamente desprovisto de toda su base material.³

El análisis funcionalista—centrado en el análisis estático de los fenómenos sociales, eliminando el carácter de proceso de dichos

³A pesar de mencionarse las faltas más significativas de la interpretación funcionalista no se consideraron los problemas derivados de la metodología utilizada por dicho análisis.

fenómenos, y desligado de la base material en la cual estos se producen—se transformó en el modelo prevalente de ordenamiento del conocimiento en ciencias sociales. Esto fue apoyado por el hecho de que el desarrollo empírico de la sociología estaba guiado fundamentalmente por tal enfoque y porque la introducción de las ciencias sociales en el área de salud fue motivada inicialmente por necesidades de las organizaciones y las profesiones de la salud, que demandaban información empírica rápida para la solución de los problemas.

Las consecuencias teóricas de esa integración son que la sociología médica, entendida esta como la aplicación del análisis funcionalista a los problemas de salud, ha contribuido a una concepción estática de dichos problemas y a una descripción formalista de la relación entre dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos en general. En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social.

La sociología médica funcionalista se inserta dentro de una estructura en la que . . . “la física y la química encuentran su dominio de aplicación en la transformación de los instrumentos de trabajo comprometido en el proceso de producción económica, mientras que la biología lo encuentra en la práctica médica definida como conservación y adaptación de la fuerza de trabajo que se combina con el instrumento de trabajo en el proceso de producción económica”.⁴

Por otro lado, las formas concretas de aplicación encontradas por la sociología médica llevan, entre otras cosas, a reforzar la estructura de la enseñanza médica, presentando la información en la forma de “datos”, cuasi dogmas; una actitud de servicio que responde a las necesidades de mejor funcionamiento y mayor cobertura de los servicios asistenciales

⁴Pécheux se plantea el problema de la relación entre varias disciplinas científicas señalando que “sólo puede resolverse a condición de hacer intervenir un desplazamiento de lo dominante, por lo que la práctica que domina la relación entre varias disciplinas se convierte en la práctica de aplicación”, y pone como ejemplo de esa situación la relación entre física y biología arriba citada. Respecto a dicha relación, Pécheux indica que no resulta de una supuesta “naturaleza de las cosas”, sino que está ligada a la transformación histórica del proceso de producción económica. Ubicando en el siglo XIX el momento definitivo en las relaciones entre la física y la biología, en el que paralelamente “el hombre se convierte de las máquinas-herramientas en el proceso de trabajo y la decisión del trabajo implica la cooperación de los trabajadores como parte de un todo”.

Resulta conveniente incluir una cita de G. Canguilhem que aparece en su obra *Lo normal y lo patológico* (Buenos Aires, Siglo XXI Editores, S.A., 1971). “Normal es el término con que en el siglo XIX se designa al prototipo escolar y al estado de normalización. . . . La reforma de la medicina como teoría descansa sobre la reforma de la medicina como práctica: se halla estrechamente ligada . . . a la reforma hospitalaria. Tanto esta como la reforma pedagógica expresan una exigencia de racionalización que aparece en política, así como en economía, bajo los efectos del maquinismo industrial naciente, y que termina en lo que luego se denomina normalización”.

por un lado, y a los estudios descriptivos de las concepciones culturales de salud y enfermedad por otro, sin brindar una perspectiva explicativa crítica en los temas que fueron objeto de investigación.

CONDICIONES PARA UN MARCO TEORICO ALTERNATIVO

Un marco teórico alternativo debe formularse a base de fundamentos científicos que ayuden a “problematizar” los conocimientos dados—lo que de hecho configura una situación de cambio. En consecuencia, una de las condiciones del modelo sería el contemplar la explicación del cambio como proceso histórico que permite mantener una “conciencia crítica y autocrítica” y la necesidad constante de “problematizar sus propias categorías”.

El dejar de lado explicaciones estáticas y dogmáticas conlleva el abandono de apriorismos y ubica al modelo alternativo dentro del terreno de “instancias histórico-materiales o sociales” concretas.

El modelo como construcción racional debe apoyarse en abstracciones basadas en la síntesis de la comprensión objetiva del proceso y el análisis en cuanto relación con otras abstracciones. Esta construcción teórica, al establecer un orden que coordine conocimientos y hechos dispersos, concilia lo histórico del proceso con lo racional de la construcción teórica. Su utilización debe facilitar la convergencia de las ciencias biológicas, a través de su nivel de aplicación médica y social.

Es, en tal sentido, que el imaginar una línea epistemológica que vaya desde lo biológico a lo social a través del nivel de aplicación médica, se antepone a la situación de corte o ruptura. Eso permite extraer del modelo conceptos que ayuden a explicar los problemas de salud.

Cabe ahora proponer una serie de conceptos teóricos cuya posible articulación a nivel sociomédico respondería a los prerequisites antes formulados.

Al considerar el nexo existente entre la producción de servicios de salud y las relaciones de producción en la sociedad global, se posibilita el estudio del concepto de salud en relación con el modo de producción y la formación socioeconómica específica.

Deben distinguirse diferentes tipos de modelos de organización del conocimiento de las ciencias sociales. Estos modelos contienen supuestos teóricos e ideológicos que deben ser claramente explicados. Además, debe tenerse conciencia de que todo modelo está históricamente y socialmente determinado en su génesis, uso y consecuencia.

Un modelo alternativo debe reunir las siguientes características:

- Centrarse en el análisis del cambio.
- Incluir elementos teóricos que permitan investigar la realidad en términos de sus contradicciones internas.
- Permitir el análisis tanto de niveles específicos de la realidad como de niveles estructurales y las relaciones entre ambos.

En su construcción se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Las relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas.
2. Las relaciones entre la organización de la acción de salud, los modos de producción, las formaciones socioeconómicas y los conceptos de salud.
3. Las investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica en el Continente. Estas investigaciones deberán inscribirse dentro de la relación dinámica entre modos de producción y formaciones socioeconómicas específicas, y la definición epistemológica de las relaciones entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas concordantes con este nuevo modelo.
4. Las actividades de análisis, investigación, recopilación bibliográfica y producción de monografías que permitan enriquecer el marco teórico propuesto.

RESUMEN

El artículo está basado en el informe preliminar de la Reunión sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias Sociales, celebrada en Cuenca, Ecuador, en mayo de 1972. Se refiere a una evaluación crítica somera de la integración de las ciencias sociales en el campo de la medicina. Se señala que en la práctica la integración ha contribuido a una concepción estática de los problemas de salud y a una descripción formalista de la relación entre dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos en general, y se formulan las condiciones para un marco teórico alternativo que ayude a explicar los problemas de salud.

THEORETICAL ASPECTS OF THE SOCIAL SCIENCES AS APPLIED TO MEDICINE (*Summary*)

A summary critical evaluation of the integration of the social sciences into medicine is presented. In practice, integration has led to a static conception of

health problems and a formalistic description of the relationship between those problems and other productive processes in general.

The conditions for an alternative frame of reference for the explanation of health problems is formulated.

ASPECTOS TEÓRICOS DAS CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS À MEDICINA (Resumo)

O artigo faz uma breve avaliação crítica da integração das ciências sociais no campo da medicina. Assinala que, na prática, a integração tem contribuído para uma concepção estática dos problemas de saúde e para uma descrição formalizada da relação entre esses problemas e outras esferas dos processos produtivos em geral.

Formula as condições para uma alternativa teórica que ajude a explicar os problemas de saúde.

ASPECTS THÉORIQUES DES SCIENCES SOCIALES APPLIQUÉES À LA MÉDECINE (Résumé)

L'article fait une évaluation critique sommaire de l'intégration des sciences sociales dans le domaine de la médecine. Il signale que dans la pratique, l'intégration a contribué à une conception statique des problèmes de santé ainsi qu'à une description formaliste du rapport qui existe entre ces problèmes et d'autres secteurs des processus de production en général.

Il formule les conditions d'un autre cadre théorique qui aide à expliquer les problèmes de santé.

El estudiante de medicina—Su distribución en las Américas, 1971-1972

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ¹

INTRODUCCION

Los esfuerzos de planificación en el sector salud realizados en el Continente en los últimos años han puesto de manifiesto que en cada país resulta indispensable el desarrollo de un proceso de planificación de los recursos humanos. Este proceso requiere que se disponga de la información necesaria sobre el personal de salud actual, el personal que se está formando y el que se propone formar en el futuro, tanto en el aspecto cuantitativo como en lo que se refiere a las características del proceso educacional a que ese personal es y deberá ser sometido para que pueda cumplir con las responsabilidades que le exige la situación socioeconómica del país en donde ha de actuar.

La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, 1972) recomendó como propósito de cambio para el decenio, frente a los problemas de recursos humanos para la salud, que se mejore el conocimiento sobre formación, existencia y utilización de médicos como base para la planificación del desarrollo de los recursos humanos (1).

Los planes nacionales de salud, los planes de desarrollo de las escuelas de medicina y hasta los estudios sobre recursos humanos para la salud en los países basan sus proyecciones del número de médicos con que se contará en un período determinado en el número de estudiantes matriculados en las escuelas de medicina del país. En algunos estudios se consideran los índices de pérdida de estudiantes de acuerdo con la tendencia observada en los últimos años. Varios países incluyen estimaciones fundadas exclusivamente en proyecciones del número de estudiantes incorporados en los últimos años, cifra que resulta poco

¹Funcionaria del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS, destacada en la Oficina de la Zona II, México, D.F., México.

confiable dadas las posibilidades de variación que pueden presentarse de un año a otro. En los diferentes países no ha sido posible incluir estimaciones relativas a los estudiantes que están cursando estudios en el exterior y que regresan a incorporarse como médicos, o bien que ingresan en los diferentes niveles de la carrera por la vía de equivalencia de estudios.

Una de las características más importantes de la educación médica en el Continente en las últimas décadas ha sido el incremento en la demanda por estudios de medicina. Tal como ha sido señalado por García (2), frente a esta situación y ante la necesidad de disponer de un mayor número de médicos, varios países han optado por aumentar el número de escuelas de medicina; algunos se han decidido por la ampliación de la matrícula en las escuelas existentes, permitiendo así el ingreso de grupos progresivamente mayores, y otros han adoptado una solución intermedia.

Coincidiendo con el aumento de la demanda por estudios de medicina, un buen número de escuelas del Continente han establecido una política de limitación en la admisión, fijando cupos de acuerdo con lo que se estimó como la capacidad docente de las instituciones. Los exámenes de selección y admisión, diseñados con el objeto de seleccionar a los más capaces, cumplieron en muchos lugares un propósito eliminatorio, tomando en cuenta el gran número de solicitantes y el reducido número de posiciones disponibles.

Los cursos básicos comunes o estudios generales surgieron de la búsqueda de un proceso que permitiera seleccionar mejor al estudiante, contribuyendo a su orientación profesional y darle una formación básica "sólida" a través de un sistema que favoreciera la utilización más racional de los recursos universitarios. En varios países prevaleció el criterio de que los estudios generales cubrían el objetivo de llenar las lagunas dejadas por una insuficiente educación en el bachillerato.

Las unidades o facultades de ciencias de la salud también se crearon en algunos países como respuesta a la excesiva demanda por estudios de medicina, en detrimento del desarrollo o expansión de opciones a otras carreras del campo de la salud. La orientación profesional y la diversificación de la carrera, estimulando una distribución más adecuada de las opciones, han sido algunos de los objetivos de estas nuevas instituciones.

Hasta el presente, sin embargo, tanto los estudios generales como las unidades de ciencias de la salud no parecen haber influido de manera importante en la decisión previa del estudiante de seguir estudios de medicina. Por el contrario, en algunos lugares estas nuevas unidades han

contribuido a disminuir las opciones hacia otras carreras, favoreciendo la reorientación del alumno hacia la medicina.

Frente a la política de limitación en la admisión a la carrera de medicina, coincidente con el aumento de la demanda por esos estudios, surgen otros mecanismos, como la partida de estudiantes hacia facultades o países en donde no existe limitación en la admisión. Finalmente, la presión de la demanda social por estudios de medicina en las universidades en muchos casos ha terminado por romper las barreras a la admisión, suprimiendo el cupo o haciendo desaparecer los sistemas de estudios generales.

El impacto que en el recurso médico de los países tienen los médicos formados en el exterior reviste importancia tanto desde el punto de vista cuantitativo como por las consecuencias que el proceso educacional a que fueron sometidos tienen para las funciones que les toque desempeñar. Por otra parte, algunas escuelas del Continente realizan un esfuerzo significativo en la formación de un gran número de médicos que son utilizados por otros países, lo cual es necesario cuantificar.

Considerando el interés que para el proceso de planificación del recurso médico de los países tiene el conocer la población de estudiantes de medicina que se están formando en el extranjero, el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS, en colaboración con la Oficina de Educación en Recursos Humanos para la Salud (Bureau of Health Manpower Education) de los Institutos Nacionales de Salud de los E.U.A., planificó la presente investigación a través de la cual se estudió la distribución de los estudiantes nacionales y extranjeros en las escuelas de medicina del Continente.

METODOLOGIA Y DATOS PARA LA INVESTIGACION

La información se obtuvo a través de un formulario enviado a las escuelas de medicina, en el que se solicitó información sobre el número, sexo, curso y nacionalidad de los alumnos matriculados en el último año académico. Se suponía que a la fecha en que se envió el cuestionario todas las escuelas habían completado el ciclo académico 1971-1972. En vista de las grandes diferencias en la finalización e inicio de los ciclos académicos en las escuelas y a fin de uniformar la información, se convino en que los países proporcionaran la última información completa disponible más cercana al período de la encuesta, la cual se realizó en el segundo semestre de 1972. Para la mayoría de los países la información proviene de la matrícula de 1971-1972. En el caso

de Brasil se obtuvieron los datos a partir de la matrícula de 1972, los cuales no difieren de manera importante de las cifras de 1971, en vista de las medidas tomadas a nivel nacional para mantener el número de escuelas de medicina y para evitar aumentos de matrícula.

La investigación sobre *Características generales de la educación médica en América Latina* (2) motivó a varias de las escuelas a mejorar sus sistemas de registro y a establecer programas de información e investigación en educación médica. Sin embargo, un buen número de escuelas todavía no dispone de un adecuado sistema de registro que les proporcione información permanente para la propia planificación de sus actividades, e incluso es muy difícil la obtención de datos actualizados sobre la matrícula estudiantil.

Con el objeto de agilizar la obtención de la información solicitada, fue necesario visitar algunos países y en varios casos trabajar con el personal local. En Canadá, Estados Unidos de América, Brasil, Colombia, Perú y Ecuador, entre otros, una parte o toda la información fue obtenida a través de la correspondiente Asociación de Facultades o Escuelas de Medicina.

ESCUELAS DE MEDICINA INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

Durante el ciclo académico de 1971-1972 existían 282 escuelas de medicina en 24 países de las Américas. Se obtuvo información de 274 de ellas (no se dispuso de los datos de ocho escuelas: dos de Bolivia, tres de Cuba, una de Chile y dos de México). La información procedente de dos escuelas de Chile fue incompleta y en el caso de Cuba se incluye la población total y por cursos presentada en 1972 a la III Reunión Especial de Ministros de Salud.

Del total de 282 escuelas, 124 (44 %) corresponden a Canadá (16) y los Estados Unidos de América (108), y 158 (56 %) a los países latinoamericanos. De estas últimas, 73 (46.2 %) están en Brasil, y 25 (15.8 %) en México.

DESARROLLO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA Y SU MATRICULA

En 1967 existían en América Latina 100 escuelas de medicina, y en 1971 había 158, lo que equivale a un incremento de 58 %, del cual es responsable Brasil en un 42 %. Los restantes países de América Latina sólo crearon 15 nuevas escuelas (cuadro 1).

CUADRO 1—Número de escuelas de medicina en la América Latina, Canadá, y los Estados Unidos de América, 1967-1968, 1969-1970 y 1971-1972.

País	1967-1968 ^a	1969-1970 ^a	1971-1972
Brasil	31	69	73
México	21	22	25
Argentina	9	9	9
Venezuela	6	7	7
Colombia	7	9	9
Perú	4	7	6
Bolivia	3	3	3
Chile	3	5	5
Ecuador	3	4	5
Cuba	2	3	3
República Dominicana	1	2	2
Costa Rica	1	1	1
El Salvador	1	1	1
Guatemala	1	1	1
Haití	1	1	1
Honduras	1	1	1
Jamaica	1	1	1
Nicaragua	1	1	1
Panamá	1	1	1
Paraguay	1	1	1
Surinam	1	1	1
Uruguay	1	1	1
Total	100	151	158
Canadá	12	14	16
Estados Unidos de América	94	101	108
Total	106	115	124
Total general	206	266	282

^aTomado de García, J. C. *Características generales de la educación médica en la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica No. 7*, 1970.

En el mismo período se crearon 18 escuelas en los Estados Unidos de América (14) y en Canadá (4), que representan un incremento del 17 % (3).

En 1971-1972 había 209,216 estudiantes de medicina matriculados en las 274 escuelas de las Américas de las que se obtuvo información. En el cuadro 2 se presenta su distribución por países en 1967 y en 1971-1972, ordenados de mayor a menor de acuerdo con la magnitud de la matrícula en ese último período.

Del total de alumnos, 49,467 (23.6 %) correspondían a Canadá y los Estados Unidos de América, y 159,749 (76.4 %) a las escuelas latinoamericanas.

Brasil, México y Argentina, con un total de 115,640 alumnos, tenían en sus escuelas el 55.2 % de los estudiantes de medicina de toda la

Región y el 72.3% de América Latina, porcentaje muy semejante al de 76% encontrado por García (2) para los mismos tres países en 1967. La población de estudiantes de los restantes países de América Latina es de 44,109 alumnos, equivalente al 21.0% de toda la Región y al 27.7% de América Latina.

En el período de cuatro años 1967-1971 Brasil y México duplicaron su matrícula, alcanzando México cifras similares y Brasil cifras superiores a la matrícula total de los Estados Unidos de América.

Argentina, que en 1967 era el país con mayor número de estudiantes de medicina en América Latina, pasó a ser el tercero, después de Brasil y México. Esta situación es debida, en parte, a la política de limitación en la admisión de la mayor escuela del país (Universidad Nacional de

CUADRO 2—Número de estudiantes matriculados en las escuelas de medicina de 24 países de las Américas, 1967 y 1971-1972.

País	No. de estudiantes		
	1967	1971-1972	
Brasil	21,907	44,074	— 45 000
Estados Unidos de América	34,538	43,650	
México	20,127	41,675	— 72 000
Argentina	27,790	29,891	— 30 000
Cuba	4,516 ^a	7,098	— 8 000
Venezuela	5,491	6,232	
Canadá	4,362	5,817	
Ecuador	1,660	4,638	
Colombia	3,572	4,547	— 12 000
República Dominicana	1,109	4,087	
Perú	2,580	3,487	— 4 800
Uruguay	2,244	2,674	
Chile	2,320	2,546 ^b	
El Salvador	323	2,179	
Guatemala	551	1,830	— 2 400
Bolivia	2,179 ^c	1,788 ^d	
Honduras	176	761	
Haití	416	532	
Jamaica	372	504	
Paraguay	272	411	
Nicaragua	245	312	— 1 000
Costa Rica	188	282	— 6 00
Panamá	148	147	
Surinam	59	54	
Total	137,145	209,216	

^aInformación de 1965.

^bFalta información de una escuela.

^cInformación de tres escuelas.

^dInformación de dos escuelas.

Buenos Aires), mientras que la población estudiantil de Brasil y México sufría un extraordinario incremento. En estos dos países la población estudiantil ha aumentado desproporcionadamente en relación con el crecimiento de la población, mientras que en Argentina el porcentaje de crecimiento de la población es aproximadamente proporcional al crecimiento de la matrícula estudiantil. En efecto, de 1967 a 1972 la población argentina y la matrícula estudiantil crecieron en porcentajes de 7.8% y 7.6%, respectivamente. El aumento de la población de Brasil fue de 14.87% y la estudiantil de 98.1%. México aumentó su población en 18.9% y la matrícula estudiantil en 109.8% en el mismo período.

Considerando que la población matriculada en los diferentes años de la carrera es un indicador aproximado del número de médicos que se graduarán en cada país en los próximos cinco años, exceptuando el factor de abandono de los estudios, se estudió la variación que ha tenido la tasa de estudiantes de medicina por 10,000 habitantes por país de 1967 a 1971 (cuadro 3).

En la mayoría de los países las tasas se mantuvieron constantes y aun

CUADRO 3—Tasa de estudiantes de medicina por 10,000 habitantes, por país, 1967 y 1971.

País	Estudiantes de medicina por 10,000 habitantes	
	1967	1971
Argentina	11.96	11.96
Uruguay	8.06	8.9
Venezuela	5.90	5.4
México	4.40	8.4 ^a
República Dominicana	2.8	8.9 ^a
Brasil	2.5	4.4 ^a
Perú	2.1	2.4
Ecuador	2.0	7.1 ^a
Jamaica	2.0	2.4
Colombia	1.9	2.1
Estados Unidos de América	1.8	2.1
Canadá	1.7	2.6
Nicaragua	1.4	1.3
Guatemala	1.2	3.4 ^a
Costa Rica	1.2	1.6
Paraguay	1.2	1.6
Panamá	1.1	0.9
El Salvador	1.0	5.9 ^a
Haití	0.9	0.96
Honduras	0.75	2.6 ^a
Promedio total	2.8	4.2

^aLa tasa varió de manera importante.

hubo discretos descensos, como fue el caso de Venezuela, Nicaragua y Panamá.

En siete países hubo cambios importantes. A pesar de ello 11 países de América mantenían tasas inferiores a 3 estudiantes de medicina por 10,000 habitantes.

En varios de los países con tasas muy bajas de estudiantes, estas coinciden con un importante déficit de médicos. Los Estados Unidos de América y Canadá mantienen una tasa de estudiantes de medicina relativamente baja para el sostenimiento de su alta proporción de médicos por habitante, lo cual es indicativo de que sus necesidades de recursos médicos no son satisfechas a través de los graduados en sus escuelas de medicina.

Canadá (4) considera en sus planes para mantener e incrementar una adecuada proporción de médicos: a) el aumento del número de plazas en algunas universidades; b) la creación de un mayor número de escuelas y c) el mantenimiento de un favorable balance de inmigración de médicos. Hasta el presente ese balance favorable permite un importante incremento anual de médicos que vienen a sumarse a la producción anual de sus escuelas de medicina.

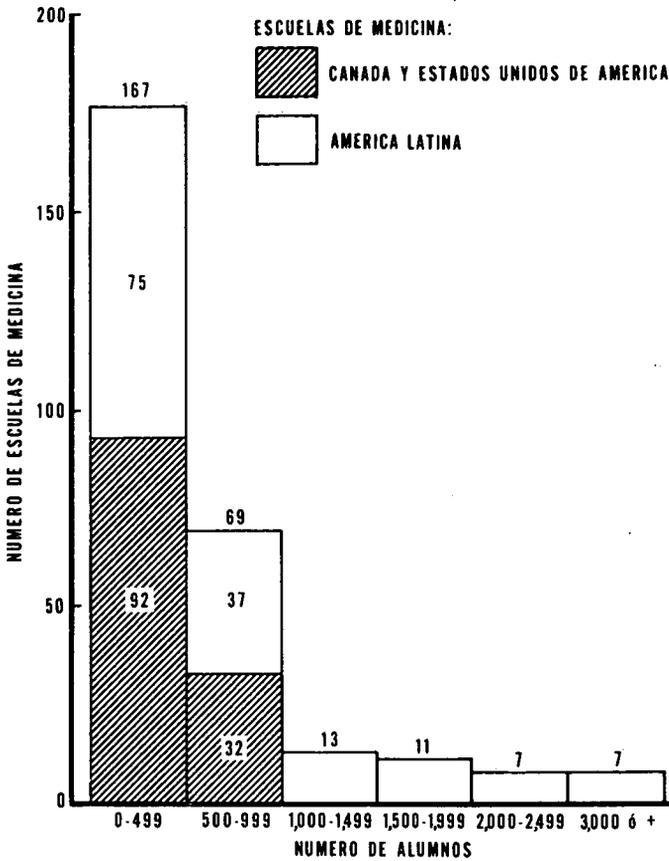
Situación semejante ocurre en los Estados Unidos, en donde desde 1965 se ha registrado una tasa de inmigración de médicos que representa alrededor o más del 8% de los graduados anualmente en todas las escuelas de medicina de América Latina (5).

TAMAÑO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA

En los últimos años ha habido un importante aumento en el tamaño de un buen número de escuelas de medicina de América Latina. No ha ocurrido lo mismo con Canadá y los Estados Unidos, en donde no existen escuelas de medicina que alcancen la cifra de 1,000 alumnos.

Como se puede observar en el cuadro 4 y en la figura 1, de las 124 escuelas de Norteamérica, 92 (74.2%) tienen una matrícula menor de 500, mientras las restantes 32 (25.8%) están en el grupo de 500 a 999. De 150 escuelas latinoamericanas, 75 (50%) tienen menos de 500 alumnos; 37 escuelas (24.7%) se mantienen en el grupo de 500-999, y 38 escuelas (25.3%) tienen matrículas superiores a 1,000 alumnos. Aun cuando los porcentajes son bastante semejantes a los de 1967 (2), existe una diferencia importante en el número de escuelas con más de 1,500 alumnos. Tal cifra era sobrepasada en 1967 sólo por nueve escuelas, mientras que para 1971 alcanzaron y sobrepasaron ese tamaño 25 escuelas.

FIG. 1—Distribución de escuelas de medicina de 23 países de las Américas de acuerdo con su tamaño, 1971-1972.



Al igual que en 1967, 11 países se mantenían en 1971 con una sola escuela de medicina. Sin embargo, de las 10 escuelas de este grupo que en 1967 tenían matrículas menores de 500 alumnos, sólo persisten como escuelas pequeñas (con menos de 500 alumnos) y únicas en su país las de Costa Rica, Nicaragua, Panamá y Paraguay.

En la mayoría de los países con varias escuelas de medicina el tamaño de estas no es producto de una política educacional sistemática de carácter nacional, por lo cual en un mismo país se observan grandes variaciones en el tamaño de las escuelas y en su tendencia de crecimiento.

Argentina, que como se ha señalado tenía el más alto porcentaje de estudiantes en América Latina, ha mantenido sin variación el número de nueve escuelas en los últimos años, así como la distribución porcentual

de sus estudiantes. El 92.2 % de la población estudiantil de Argentina se encuentra distribuida en cinco Escuelas de Medicina: las de las Universidades de Buenos Aires, Córdoba, La Plata, Rosario y Tucumán. Entre 1967 y 1971 las Escuelas de Córdoba, La Plata, Tucumán y Nordeste ampliaron su matrícula; las restantes, incluyendo la de la Universidad de Buenos Aires, la disminuyeron.

Brasil duplicó en cinco años la población de estudiantes de medicina con la creación de un gran número de escuelas pequeñas y un moderado crecimiento de la matrícula de existentes. Para 1972 el 53.4 % (39) de sus 73 escuelas tenían menos de 500 alumnos; el 31.5 % (23) quedaban en el grupo de 500 a 999 alumnos; el 11% (8) tenían una población entre 1,000 y 1,499 estudiantes; sólo tres escuelas (4.1 %) tenían matrículas entre 1,500 y 1,999, y ninguna escuela alcanzó matrículas de 2,000 o más.

Las escuelas de México experimentaron un aumento de más de 20,000 estudiantes en los cuatro años, sobre todo al ampliar la matrícula la mayoría de las escuelas existentes y muy particularmente la Escuela de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la mayor del Continente, que alcanzó a 17,821 alumnos. Dicha Escuela tiene el 42.2 % del total de estudiantes de medicina de México y el 11% del total de América Latina. Las ocho escuelas de mayor tamaño son las de la UNAM, de las Universidades Autónomas de Guadalajara y de Puebla, de Veracruz, de Guadalajara, del Instituto Politécnico Nacional, Michoacana y de Nuevo León, y comprenden el 84.3 % del total de estudiantes de medicina del país.

Ecuador también experimentó un aumento importante de su población estudiantil de medicina en los últimos años. A pesar de la creación de dos escuelas más, la matrícula aumentó a expensas de las dos grandes escuelas del país, la de la Universidad Central y la de Guayaquil, que en su total representan el 80.2 %. El número de estudiantes de cada una de estas dos escuelas en 1971 era mayor que el total de estudiantes de medicina que tenía el país en 1967.

Venezuela sigue un patrón de distribución bastante parecido al del Ecuador, aun cuando la tasa de crecimiento estudiantil ha sido mucho menor. Tres de sus siete escuelas de medicina tienen más de 1,000 alumnos, representando el 67.3 %, mientras que las otras cuatro apenas alcanzan el 32.7 %.

En las escuelas de Colombia la matrícula en cuatro años sólo aumentó en 975 alumnos, dando por resultado un crecimiento de la población estudiantil de medicina muy inferior al crecimiento de la población del país. La mayor escuela, la de la Universidad Nacional en

Bogotá, tenía 1,038 estudiantes de medicina (22 % de los de todo el país). La distribución en las escuelas pequeñas era bastante uniforme.

DISTRIBUCION POR CURSOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LAS AMERICAS

Como se observa en el cuadro 5, de 150,487 estudiantes de medicina de América Latina, según su distribución por curso, el 46.6 % correspondían a matriculados en los dos primeros años. Esto se debe tanto a la pérdida de estudiantes a lo largo de la carrera como al extraordinario aumento de la matrícula estudiantil en la mayoría de los países latinoamericanos.

CUADRO 5—Distribución de los estudiantes de medicina en 20 países de América Latina, por cursos, 1971-1972.^a

País	Total	Cursos					
		1º	2º	3º	4º	5º	6º
Brasil	43,550	8,201	8,264	8,269	7,942	6,542	4,332
México	40,742	12,198	9,256	6,155	5,350	5,074	2,709
Argentina	25,843	7,075	4,458	3,485	3,244	3,859	3,722
Cuba	7,098	1,784	1,493	1,218	1,095	818	690
Venezuela	6,232	1,360	1,052	1,066	942	896	916
Colombia	4,547	1,043	954	841	690	577	442
Ecuador	4,468	1,861	1,152	550	484	213	208
República Dominicana	4,087	1,222	1,123	823	672	129	118
Perú	3,487	908	736	501	556	429	357
Uruguay	2,674	951	564	715	444	—	—
El Salvador	2,085	635	631	399	233	104	83
Guatemala	1,712	625	434	310	131	130	82
Bolivia	1,721	740	305	110	252	226	88
Haití	531	178	107	101	78	67	—
Jamaica	504	109	111	108	107	69	—
Paraguay	411	124	86	33	75	30	63
Nicaragua	312	89	56	60	36	42	29
Costa Rica	282	90	54	53	60	25	—
Panamá	147	46	27	44	30	—	—
Surinam	54	—	—	—	39	6	9
Total	150,487 ^a	39,239	30,863	24,841	22,460	19,236	13,848
Porcentaje	100	26.1	20.5	16.5	14.9	12.8	9.2

^aExcluyendo 524 de Brasil, 933 de México, 4,048 de Argentina, 170 de Ecuador, 94 de El Salvador, 118 de Guatemala, 67 de Bolivia, 1 de Haití, para quienes no era información del año, y 761 de Honduras que se distribuyen por ciclos que no corresponden a los cursos indicados.

CUADRO 6—Distribución de los estudiantes de medicina de Norteamérica, por cursos, 1971-1972.

País	Total	Cursos				
		1º	2º	3º	4º	5º
Canadá	5,817	1,597	1,471	1,346	1,138	265 (3 escuelas)
Estados Unidos de América	43,399 ^a	Intermedio		Final		
		12,361	21,490	9,548		

^aDatos parciales.

Aun cuando no se hizo un análisis que permitiera conocer con mayor exactitud el número de graduados correspondientes a las promociones actualmente matriculadas, si se excluye el 6º año—que no existe en algunas escuelas o cuya información no fue proporcionada—puede considerarse que un total de no menos de 100,000 estudiantes se estarán graduando en el curso de los próximos cinco años. Si la matrícula estudiantil continúa con la misma tendencia, o aun si permanece estacionaria, al cabo de 10 años se alcanzarían graduaciones cuyo total en la década sobrepasaría la recomendación del Plan Decenal de las Américas (1) según la cual se requiere “formar en la década 165,000 nuevos médicos . . .”.

Esta situación no es uniforme en todos los países de América Latina ya que, como se señaló, varios de ellos no han incrementado sus matrículas a pesar de tratarse de países con una baja relación médico por habitante.

La situación es distinta en las escuelas de Norteamérica (cuadro 6), en donde la diferencia entre el primero y el último año se deben casi exclusivamente al incremento de matrícula en los últimos años donde la deserción es muy baja, alrededor del 1% (3).

LA MUJER EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

En el cuadro 7 se presenta la distribución por sexo de 199,884 estudiantes de medicina sobre los cuales se obtuvo información. De ese total, la matrícula femenina era de 44,467 (22.2%). El porcentaje de mujeres que estudia medicina ha aumentado considerablemente en los últimos años, pero varía mucho de uno a otro país; por ejemplo, en la República Dominicana era de 47.3% y en los Estados Unidos de América de 10.9% (figura 2).

CUADRO 7—Distribución de estudiantes de medicina en 23 países de las Américas, por sexo, 1971-1972.

País	Total	Hombres	Mujeres
Norteamérica	49,467	43,556	5,911
Canadá	5,817	4,661	1,156
Estados Unidos de América ^a	43,650	38,895	4,755
América Latina	150,417	111,861	38,556
Argentina	29,891	20,967	8,924
Bolivia	1,788	1,553	235
Brasil	43,482	32,526	10,956
Colombia	4,547	3,778	769
Costa Rica	282	212	70
Chile	904	627	277
República Dominicana	4,087	2,151	1,936
Ecuador	4,638	3,806	832
El Salvador	2,179	1,557	622
Guatemala	1,830	1,626	204
Haití	532	410	122
Honduras	761	615	146
Jamaica	504	365	139
México	41,675	32,941	8,734
Nicaragua	312	253	59
Panamá	147	111	36
Paraguay	411	284	127
Perú	3,487	2,953	534
Surinam	54	48	6
Uruguay	2,674	1,413	1,261
Venezuela	6,232	3,665	2,567
Total	199,884 ^b	155,417	44,467

^aIncluye los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico.

^bExcluye 1,642 estudiantes de Chile y 592 de Brasil para quienes no se notificó el sexo.

Aun cuando la proporción de estudiantes mujeres a nivel universitario, y en particular en carreras como la medicina, puede considerarse como una expresión del desarrollo socioeconómico de los países, indudablemente existen otros factores que pueden limitar o facilitar el ingreso de la mujer a la universidad, así como orientar sus opciones a carreras de larga duración y que requieren de gran inversión de tiempo y esfuerzo, como la carrera médica.

La relación entre el producto nacional bruto (PNB) y el porcentaje de estudiantes de medicina de América Latina muestra una correlación bastante significativa. Todos los países con PNB mayor de 500 tienen porcentajes de mujeres estudiando medicina superiores al 20 % (cuadro 8). El resto de los países con PNB menor de 400 (12 países) tienen porcentajes de mujeres inferiores a 20 %, con excepción de cinco:

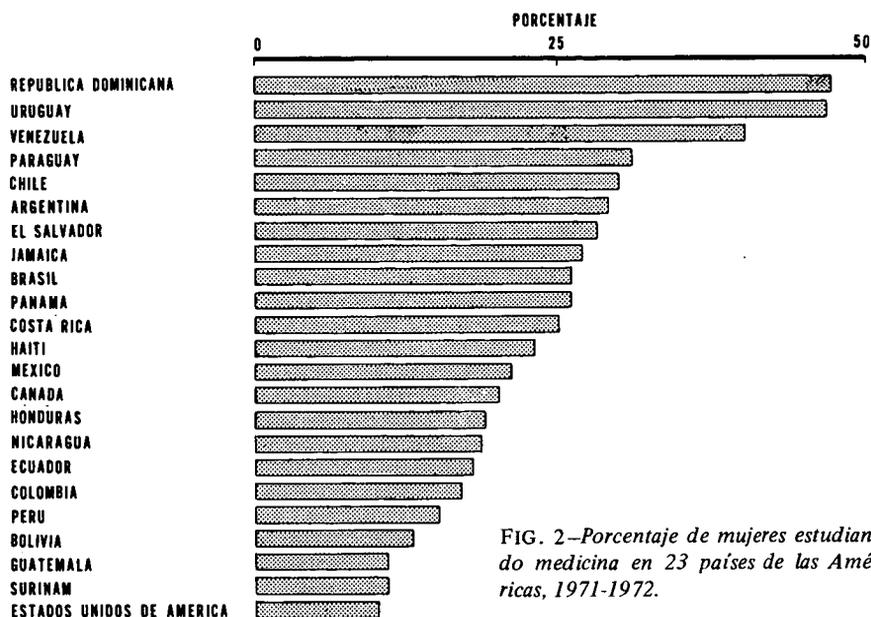


FIG. 2—Porcentaje de mujeres estudiando medicina en 23 países de las Américas, 1971-1972.

CUADRO 8—Relación entre el producto nacional bruto (PNB) y el porcentaje de mujeres estudiando medicina en 20 países de América Latina, 1971-1972.

País	PNB	Mujeres
Venezuela	974	41.2
Argentina	871	29.8
Uruguay	705	47.1
Panamá	693	24.5
Chile	682	30.6
México	630	21.0
Jamaica	556	27.6
Costa Rica	509	24.8
Perú	396	15.3
Nicaragua	390	18.9
Brasil	366	25.1
República Dominicana	332	47.5
Guatemala	326	11.4
Colombia	313	16.9
Ecuador	294	17.9
El Salvador	288	28.15
Honduras	249	19.9
Paraguay	245	30.9
Bolivia	201	13.1
Haití	94	22.9

República Dominicana, Brasil, Paraguay, El Salvador y Haití. El análisis de las condiciones que existen en estos países y que han favorecido el aumento del grupo femenino en la carrera de medicina, está fuera de los límites de este estudio.

En lo que respecta a los Estados Unidos, el porcentaje de mujeres que estudian medicina, aun cuando ha aumentado en los últimos años, se mantiene como el más bajo en las Américas. Dubé (6) ha analizado la población femenina en las escuelas de medicina de este país y señala que los porcentajes han variado desde 4.0 en 1914 a 10.9% en 1971. En 1967 el porcentaje era de 8.7, cuando en América Latina había países como Venezuela que ya habían alcanzado el 33% (7).

DISTRIBUCION DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE ACUERDO CON SU NACIONALIDAD

Cerca de 10,000 estudiantes de medicina que realizan estudios en las Américas lo hacen fuera de sus países. En el cuadro 9 se presenta la

CUADRO 9—*Estudiantes extranjeros matriculados en las escuelas de medicina de 21 países de las Américas, por país y sexo, 1971-1972.*

País	Total	Hombres	Mujeres
México	3,231	2,899	332
Argentina	3,000	2,506	494
Brasil	1,104	842	262
Estados Unidos de América	735	625	110
Canadá	492	425	67
Venezuela	362	216	146
República Dominicana	199	168	31
Uruguay	195	118	77
Ecuador	137	122	15
Colombia	131	100	31
Chile	124	84	40
Guatemala	81	74	7
Bolivia	61	52	9
Perú	37	26	11
Paraguay	36	26	10
Costa Rica	27	24	3
El Salvador	9	9	—
Panamá	9	7	2
Honduras	8	6	2
Nicaragua	4	4	—
Haití	1	1	—
Total	9,983 ^a	8,334	1,649

^aExcluye 11 estudiantes de Jamaica de los cuales no se obtuvo información por sexo.

distribución de estudiantes extranjeros por país y sexo. Existen grandes diferencias, en particular entre países como México y Argentina, en relación con los Estados Unidos y Brasil. Aunque los Estados Unidos tiene la más alta matrícula estudiantil de la Región cuenta con un número pequeño de extranjeros que equivale al 1.7 % de su matrícula. Argentina, con una población estudiantil inferior a la de los otros tres países, tiene el porcentaje más alto de extranjeros. México y Argentina, con 3,000 o más de estudiantes extranjeros cada uno, tienen el 62.2 % del total de extranjeros que estudian medicina en las Américas. Para el conjunto de países el porcentaje de extranjeros varía de 10.0 en Argentina a 0.2 % en Haití (figura 3).

Generalmente se considera aceptable el límite de 10% para la matrícula de extranjeros en diferentes instituciones del Continente. Se desconocen, sin embargo, los elementos de juicio objetivos que han llevado a la adopción de este criterio. Los porcentajes de extranjeros en los diferentes países de América quedarían dentro de estos límites, sugiriendo que no existe un desequilibrio entre la población de nacionales y extranjeros si se considera la situación al nivel nacional, pero la situación no es la misma para todas las escuelas. El porcentaje de extranjeros en cada país no es reflejo de una política nacional, lo cual es

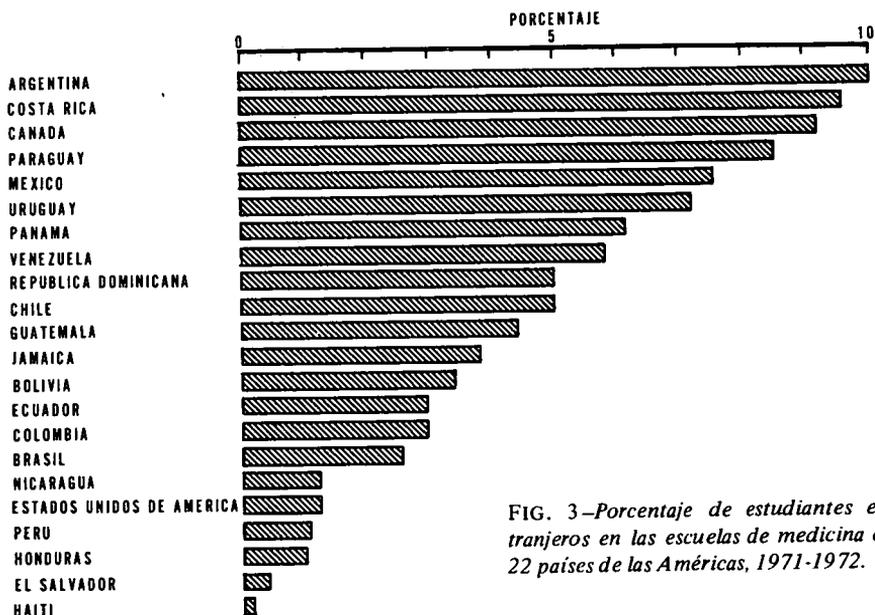


FIG. 3—Porcentaje de estudiantes extranjeros en las escuelas de medicina de 22 países de las Américas, 1971-1972.

evidente si se estudia la situación de países en los que existen varias escuelas de medicina.

En el caso de México, más de la mitad de los extranjeros están matriculados en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara, mientras que la de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela de Medicina más grande del Continente, tiene una población de extranjeros equivalente al 1.2 % del total en todo el país. Escuelas pequeñas, como el Instituto de Ciencias de la Salud de Monterrey, la de la Universidad Autónoma del Estado de México y la de la Universidad La Salle, tienen altos porcentajes de extranjeros, mientras que escuelas de gran tamaño, como la de la Universidad de Veracruz, no alcanza ni siquiera el 1 %.

De 3,000 estudiantes extranjeros matriculados en las escuelas de medicina de Argentina, 1,305 (43.5 %) corresponden a la de la Universidad de La Plata. Las de las Universidades Nacional del Nordeste, La Plata y Tucumán tienen los porcentajes más altos de extranjeros mientras que la de la Universidad de Buenos Aires alcanza un porcentaje de sólo 6.6 %.

Del total de 9,983 estudiantes extranjeros de los cuales se obtuvo información sobre el sexo, 16.6 % (1,649) son mujeres. Este porcentaje es inferior al encontrado para toda la población del Continente (22.2 %), lo cual podría indicar una menor tendencia a salir fuera de sus países en la mujer que en el hombre.

Del total de 9,994 estudiantes extranjeros en los diferentes países (cuadro 10), 7,180 (72 %) son nacionales de países de las Américas; los demás proceden de países europeos, asiáticos y africanos.

La mayor cantidad de nacionales de los países de las Américas la tiene México, con 3,184 estudiantes (98.5 % del total de extranjeros en sus escuelas). Esa población está constituida, en primer término, por 1,855 estudiantes norteamericanos, que representan el 58.2 % del total de estudiantes de países de las Américas estudiando en México. La mayoría de estos estudiantes (1,744) se encuentran en la Escuela de la Universidad Autónoma de Guadalajara, en la cual los estudiantes norteamericanos matriculados representan el 65.6 % de la población de extranjeros de esa Escuela y el 35.2 % de toda su matrícula estudiantil.

De los 1,104 estudiantes extranjeros en Brasil, sólo 430 son originarios de América; el porcentaje más alto comprende a portugueses e italianos.

El 84 % de los estudiantes de medicina extranjeros en Argentina proceden de Perú, Paraguay y Bolivia (1,786 estudiantes).

Con el objeto de conocer el impacto que puede representar para los

CUADRO 10—*Estudiantes extranjeros matriculados en las escuelas de medicina de 22 países de las Américas, total y según procedan de países del Continente, 1971-1972.*

Lugar	Extranjeros	Nacionales de países de las Américas
México	3,231	3,184
Argentina	3,000	2,130
Brasil	1,104	430
Estados Unidos de América	735	275 ^a
Canadá	492	124
Venezuela	362	138
República Dominicana	199	191
Uruguay	195	111
Ecuador	137	133
Colombia	131	112
Chile	124	97
Guatemala	81	77
Bolivia	61	59
Perú	37	27
Paraguay	36	31
Costa Rica	27	26
Jamaica	11	8
El Salvador	9	9
Panamá	9	6
Honduras	8	8
Nicaragua	4	4
Haití	1	—
Total	9,994	7,180

^aCifra sujeta a comprobación.

países los estudiantes que se encuentran cursando estudios de medicina en el exterior, se hizo un estudio comparativo de los estudiantes matriculados en su propio país y aquellos que realizan estudios en el exterior (cuadro 11). La suma de ambos grupos por país representa el recurso total potencial que teóricamente podría incorporarse al país en los próximos cinco años, sin considerar los grupos que estudian fuera de las Américas, sobre todo en Europa. Estados Unidos y Perú son los países con mayor número de estudiantes en el exterior, pese a la gran diferencia entre la magnitud de sus matrículas. México, con una población estudiantil que, como ya se señaló, es muy semejante a la de los Estados Unidos, sólo tiene 25 estudiantes en otros países de América. Algunos países, como Paraguay y Panamá, tienen un número mayor de estudiantes en el exterior que en sus propios países.

Es evidente que en algunos países existe un acentuado desequilibrio entre la población de nacionales estudiando fuera y dentro del país, como puede observarse en la figura 4, considerando como 100 % la

suma de los nacionales matriculados en su propio país y los que se encuentran estudiando en otros sitios. Los porcentajes varían entre 76.2 % para el caso de los panameños y el 0.06 % para los mexicanos.

Panamá, Paraguay, Nicaragua, Costa Rica, Bolivia, Perú y Haití tienen los más altos porcentajes de estudiantes en el exterior. En los cinco primeros dicho porcentaje es superior al 20 % del total de nacionales que se preparan para médicos. Como ya se señaló, se trata de los únicos países que mantenían en 1971 una sola escuela de medicina, con una matrícula inferior a 500. En el caso de Bolivia debe señalarse que durante el período en que se realizó esta encuesta se mantenían cerradas dos de sus escuelas.

Al comparar el porcentaje de nacionales estudiando fuera de sus respectivos países con la población total de los nacionales matriculados dentro y fuera del país se observó para la mayoría de los países una

CUADRO 11—*Distribución de los estudiantes de medicina de 23 países de las Américas, estudiando en su país o en otros países de las Américas, 1971-1972.*

País	Total	Lugar en donde realizan estudios	
		En su propio país	Fuera de su país
Estados Unidos de América	45,694	43,650	2,044
Brasil	44,159	44,074	85
México	41,700	41,675	25
Argentina	29,993	29,891	102
Venezuela	6,349	6,232	117
Canadá	5,869	5,817	52
Ecuador	4,722	4,638	84
Colombia	4,834	4,547	287
Perú	4,506	3,487	1,019
República Dominicana	4,114	4,087	27
Chile	2,734	2,546 ^a	188
Uruguay	2,739	2,674	65
Bolivia	2,410	1,788 ^b	622
El Salvador	2,336	2,179	157
Guatemala	1,857	1,830	27
Paraguay	968	411	557
Honduras	920	761	159
Haití	650	532	118
Nicaragua	592	312	280
Panamá	590	147	443
Jamaica	554	504	50
Costa Rica	392	282	110
Surinam	54	54	—
Total	208,736	202,118 ^c	6,618

^a Falta información de una escuela.

^b Información de dos escuelas.

^c Excluye 7,098 de Cuba.

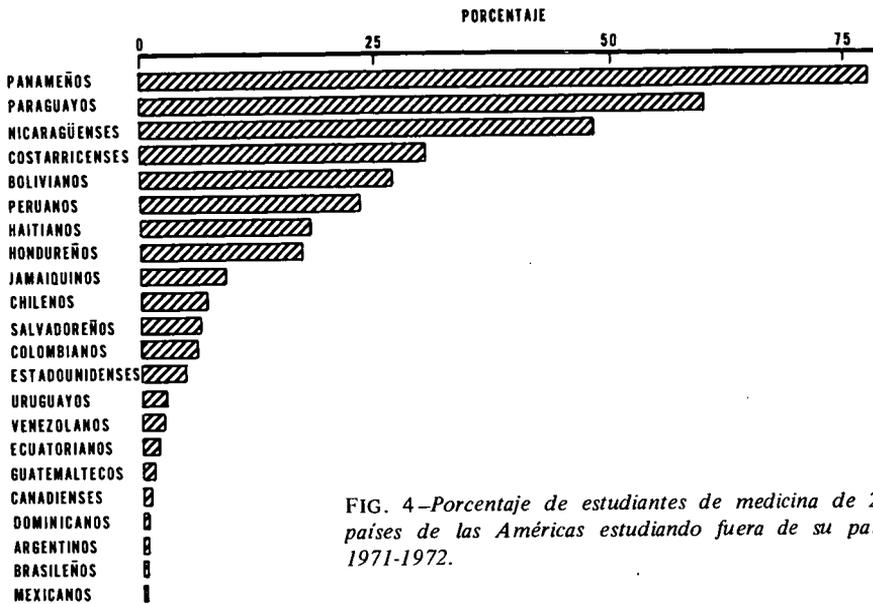


FIG. 4—Porcentaje de estudiantes de medicina de 23 países de las Américas estudiando fuera de su país, 1971-1972.

relación inversa. Los países con mayor matrícula, con excepción de los Estados Unidos, tienen un porcentaje muy bajo de estudiantes fuera del país; tal es el caso de Brasil, México y Argentina. Países con matrículas muy pequeñas, como Paraguay, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, tienen los porcentajes más altos de estudiantes en el exterior.

Los Estados Unidos, con una matrícula total similar a la de Brasil y México, tiene un considerable número de estudiantes en el extranjero, particularmente en México, y constituye la excepción entre los países de gran matrícula.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La característica más relevante de la educación médica en el último decenio ha sido el extraordinario incremento de la población estudiantil. Esta tendencia continúa manifestándose encima de las expectativas, particularmente en algunos países latinoamericanos.

De acuerdo con los datos del presente estudio, correspondientes al ciclo 1971-1972, y con los obtenidos por García para 1967 (2), la

población de estudiantes de medicina de América Latina aumentó en un 62.8 %, como promedio, en cuatro años (15.7 % anual).

Esta situación no es producto de una planificación nacional en cada país, sino más bien está en relación con lo que puede considerarse como demanda social por los estudios de medicina, demanda que en la mayoría de los países latinoamericanos coincide con un importante déficit de médicos. En 1969 la tasa de médicos en América Latina era de 6.7 por 10,000 habitantes, con variaciones entre 22.4 en Argentina y 0.7 en Haití.

La creciente demanda por estudios de medicina ha forzado a varios países a ampliar las admisiones o a incrementar el número de escuelas. El criterio adoptado por las escuelas de Norteamérica ha sido el de limitar la admisión a un número basado en la capacidad docente de la escuela, definido en función de aspectos tales como número de profesores, instalaciones físicas, laboratorios y camas de hospital. El aumento de la población estudiantil de medicina en los Estados Unidos en el período 1967-1971 fue de 26.4% (6.6% anual). Este incremento se realizó a través del aumento en el número de escuelas, todas las cuales se mantienen como escuelas pequeñas. De las 124 escuelas de medicina en los Estados Unidos y Canadá, 92 se mantienen como escuelas pequeñas, menores de 500 estudiantes, y las otras 32 tienen una matrícula total de 500 estudiantes o más, pero siempre con cifras inferiores a 1,000 estudiantes. Sin embargo, el incremento de la población estudiantil en los Estados Unidos no es un indicador adecuado de la demanda real por estudios de medicina.

Siguiendo la corriente educacional de Norteamérica, la mayoría de las escuelas latinoamericanas mantuvieron en el decenio pasado admisiones limitadas, con el fin de adaptar el número de admitidos a la capacidad docente de las escuelas. Es así como en América Latina para 1967 García encontró que sólo el 26% aproximadamente de los solicitantes fueron admitidos para estudiar medicina.

Aun cuando para este estudio del ciclo académico 1971-1972 no se dispuso de datos sobre la magnitud de la demanda real para estudios de medicina en América Latina, el incremento de más de 150% en el número de matriculados en el primer año en el lapso de cuatro años sugiere que la matrícula actual está más cerca del valor de la demanda por estudios de medicina.

El incremento en la matrícula obedece a diferentes tendencias y varía de manera importante de uno a otro país y en las diferentes escuelas de un mismo país. Algunos países, como Brasil, aumentaron su matrícula total en base a un aumento importante en el número de escuelas, el

85 % de las cuales tenía menos de 1,000 estudiantes y ninguna había alcanzado la cifra de 2,000. En otros países latinoamericanos, la creciente demanda por los estudios médicos ha terminado por romper las barreras de la admisión, sea a través de la ampliación de los cupos, la supresión de los sistemas de selección y admisión y, en algunos países, a través de la abolición de sistemas que operaban como mecanismos de limitación al ingreso a medicina, como es el caso de los estudios generales. Aun cuando el porcentaje de escuelas pequeñas en América Latina se mantiene alrededor del 50 %, han aumentado las escuelas de gran tamaño. En 1967 existían nueve escuelas con matrículas mayores de 1,500 estudiantes, mientras que en 1971 sobrepasaban esa cifra 25 escuelas. Una de las escuelas de gran tamaño, que ya en 1967 tenía cerca de 8,000 alumnos, aumentó a más del doble, alcanzando una cifra superior a 17,000 alumnos. No obstante estos incrementos, puede decirse que no existe una estrecha relación entre la magnitud de la matrícula estudiantil, el crecimiento de la población y la tasa de médicos por habitantes en todos los países del Continente.

El número y el tipo de médicos que se forma en los países por lo general es producto de la decisión de las propias instituciones docentes, en la mayoría de los casos independientemente de los planes nacionales de educación y del proceso de planificación del sector salud. Por consiguiente, tampoco existe una política que tome en consideración el papel del recurso médico formado en el exterior así como el costo-beneficio que su educación representa para las instituciones docentes formadoras de médicos para otros países.

La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1972) recomendó como meta para 1971-1980 la formación de un número de médicos que permita alcanzar una tasa por país de 8 médicos por 10,000 habitantes. En 1969 sólo seis países del Continente sobrepasaban esa tasa: Argentina (con 22.4), Estados Unidos de América (14.9), Canadá (14.1), Uruguay (9.6), Venezuela (9.1) y Cuba (8.7). En los cinco primeros países no aumentó de manera importante la matrícula de estudiantes de medicina en relación con el crecimiento de la población. La política en relación con estudiantes extranjeros de los países latinoamericanos de este grupo, y en particular la de Argentina, es la aceptación de un alto porcentaje de extranjeros, especialmente en algunas de sus escuelas, en donde alcanzaron cifras hasta del 27.6 %. Por el contrario, los nacionales de estos países no muestran tendencia a realizar estudios de pregrado en otras regiones del Continente, lo que en otros términos puede expresarse señalando que estos países forman médicos para otras regiones del Continente, pero los demás no contri-

buyen a la formación de sus profesionales médicos. Este comentario es particularmente válido en el caso de Argentina, cuya población de estudiantes de medicina extranjeros es la más alta del Continente (10 %) mientras que sólo el 0.4 % de sus estudiantes lo hacen en otros países del Continente.

En los Estados Unidos de América realizan estudios de medicina un porcentaje muy bajo de estudiantes latinoamericanos, mientras que un importante número de los estudiantes de medicina estadounidenses se forman en otros países del Continente, sobre todo en México.

Canadá, con un moderado aumento de su matrícula estudiantil, sobre todo a base de la creación de algunas escuelas pequeñas, tiene un alto porcentaje de extranjeros, de los cuales muy pocos son latinoamericanos. Fuera del pequeño grupo de canadienses que estudian en los Estados Unidos, sólo esporádicamente se observan canadienses en otros países de América. Al momento de realizarse este estudio existían cinco estudiantes canadienses en México y Argentina.

En los 11 países que en 1969 tenían tasas de médicos que variaban entre 4.4 y 6.7 por 10,000 habitantes, existen dos tendencias totalmente diferentes en cuanto a la matrícula estudiantil de medicina se refiere. Brasil y México, con tasas de 4.4 y 5.4 médicos por 10,000, elevaron la matrícula estudiantil de medicina a más del doble en el lapso de cuatro años y la tasa de estudiantes de medicina por 10,000 habitantes aumentó importantemente en ambos países. A diferencia de Brasil—que como se señaló duplicó su matrícula a base del aumento en el número de escuelas—en México el incremento se logró a través del aumento de la matrícula en la mayoría de las escuelas, ocho de las cuales alcanzaron cifras superiores a 1,500 alumnos. El crecimiento de la mayor escuela del país y del Continente, la de la Universidad Nacional Autónoma de México, contribuyó con alrededor del 45 % del incremento total de la matrícula de medicina de las universidades del país.

Brasil y México encabezan la lista de países con menor número de estudiantes de medicina en el exterior, pero su política de aceptación de estudiantes extranjeros difiere de manera importante. En Brasil el 2.5 % de los estudiantes matriculados en sus escuelas son extranjeros y sólo el 39 % de estos son latinoamericanos. La mayoría de los estudiantes latinoamericanos son aceptados en las escuelas de Brasil a través de convenios culturales que representan una política gubernamental bien definida. No ocurre así en México, que tiene la más alta cifra de estudiantes extranjeros del Continente, equivalente al 7.6 % de su matrícula total. Cada escuela tiene su propia política y los porcentajes fluctúan

entre más del 50 % de extranjeros en una escuela hasta muy por debajo del 3% en 15 escuelas.

Con excepción de la República Dominicana, en los países restantes de este grupo—Colombia, Perú, Costa Rica, Chile, Panamá, Nicaragua, Paraguay y Jamaica—la matrícula estudiantil se mantuvo igual o no aumentó en forma importante. Salvo Perú y Nicaragua, que cuentan con muy pocos extranjeros en sus propias escuelas, el porcentaje en los demás países de este grupo varió entre 2.9 y 9.6 %. Con el simple análisis de las cifras de matrícula de 1967 a 1971 podría concluirse que, a menos que ocurran drásticas variaciones en la política de admisión, estos nueve países no alcanzarán para fines del decenio la tasa propuesta de 8 médicos por 10,000 habitantes. En cinco países de este grupo debe tomarse en cuenta que la demanda por estudios de medicina de sus nacionales se refleja en la salida de un importante número de estudiantes al exterior. Esta situación es especialmente importante en los casos de Panamá, Paraguay, Nicaragua y Costa Rica, en los que se encontró que el número de nacionales que estudia medicina fuera del país, en relación con el total de estudiantes de medicina de ese país en todo el Continente, alcanzaba porcentajes que fluctuaron entre más del 30 % en el caso de Costa Rica hasta el 76.2 % en el de Panamá.

Por consiguiente, en algunos de estos países tienen una acción muy limitada los esfuerzos de las escuelas de medicina para influenciar algunas condiciones del sistema de salud a través de la formación de pregrado de los profesionales de la medicina. Si la situación persiste, se requerirá de una mayor acción de las escuelas a nivel de la educación de posgrado, de las residencias y de programas de educación continua que contribuyan a que los profesionales graduados en el exterior que regresan a su país de origen puedan identificarse con la problemática de salud del lugar en que les tocará ejercer la profesión.

Ecuador, Bolivia, El Salvador, Honduras, Guatemala y Haití constituyen un tercer grupo de países en los que en 1969 las tasas de médicos por 10,000 habitantes variaban entre 3.6 para Ecuador y Bolivia y 0.7 para Haití. Bolivia y Haití no incrementaron su matrícula, pero Honduras sí la aumentó, aunque no en la proporción que lo hicieron Ecuador, El Salvador y Guatemala, los cuales habían mantenido criterios de limitación en la admisión a estudios de medicina y en donde ocurrieron importantes cambios que produjeron incrementos considerables en la matrícula. En relación con estos tres países, al momento de la encuesta se observó que dos de ellos tenían pocos nacionales estudiando medicina en el exterior: 1.8 % de su población estudiantil en el caso de Ecuador y 1.5 % en el de Guatemala. El porcentaje era de 6.7% en El

Salvador, en donde se produjo un incremento sustancial en la matrícula en los últimos dos años. Bolivia, Haití y Honduras mantenían porcentajes de nacionales estudiando en el exterior de 26.4, 18.2 y 17.4 %, respectivamente, los cuales pueden considerarse altos, sobre todo en el caso de Bolivia.

El Plan Decenal de Salud para las Américas considera como meta no sólo la formación de personal médico en cuanto a número, sino a sus características y su distribución geográfica. La meta de 165,000 médicos que establece el Plan podría alcanzarse con la matrícula actual de las escuelas de medicina si se mantiene la misma tendencia y se considera una pérdida de estudiantes a lo largo de la carrera que no sea mayor del 45 %. De acuerdo con la tendencia observada en los últimos cinco años, las matrículas están aumentando a un ritmo superior al del quinquenio anterior. Por otra parte, se hacen esfuerzos para disminuir el número de los que abandonan los estudios, lo cual hace muy probable que se alcance la meta numérica, pero no garantiza que mejorará la distribución de médicos en el Continente y menos aún que la emigración no se continuará realizando y que los graduados de cada país no se incorporarán al trabajo de otros países en donde ya la relación médico por habitante es óptima.

La distribución de los estudiantes que realizan estudios en el extranjero parece obedecer en gran parte a las limitaciones en la admisión de sus propios países. El estudio demostró una relación evidente entre la magnitud de la matrícula por país y el número de nacionales que estudian medicina en el exterior. De esta forma resulta que los nacionales de países con una matrícula grande no tienden a estudiar en otros países del Continente, con excepción de los nacionales de los Estados Unidos de América. Por otra parte, los nacionales de la mayoría de los países con matrícula pequeña optan por realizar sus estudios en el exterior, y en algunos países su número llega a ser superior al número de médicos formados en el propio país a nivel de pregrado. Por todo eso es indispensable que los países consideren en su planificación del recurso médico al personal que se está formando en el exterior, tanto en el aspecto cuantitativo como muy particularmente en el cualitativo.

No puede pasarse por alto el hecho de que países con una tasa de médicos por habitante muy baja hayan mantenido criterios bastante rígidos de admisión de estudiantes y que, coincidentemente con esta situación, sus nacionales satisfagan su deseo de estudiar medicina emigrando a otros países para recibir su educación de pregrado. La situación parece que va a variar en los próximos años, en vista de las nuevas tendencias educacionales en el Continente, especialmente en

América Latina. Las instituciones de salud, y en particular las escuelas de medicina latinoamericanas, están dando los primeros pasos para definir sus programas de formación de personal tomando en cuenta la realidad del país y, en algunos lugares, considerando los planes nacionales de salud.

Un fuerte incremento de la matrícula en algunos países probablemente haría variar el número de estudiantes que realiza estudios en el exterior.

En varias escuelas se ha iniciado un cambio en la orientación de la enseñanza clínica que ha puesto en discusión al hospital como centro único de este adiestramiento, y se empieza a considerar a la propia comunidad como el área de trabajo de todos sus estudiantes, con lo cual pierde fuerza el factor restrictivo—número de camas por estudiantes.

En todo caso, es evidente la necesidad de establecer un sistema de investigación permanente, registro e información sobre los recursos de personal que se encuentran en formación en los países; la definición de políticas sobre los aspectos cuantitativos y cualitativos del personal que deben formar las instituciones de enseñanza, y los medios pedagógicos para alcanzarlos.

Como una consecuencia de lo planteado anteriormente, resulta indispensable estudiar las repercusiones del adiestramiento de los médicos a nivel de pregrado en lugares diferentes de su propio país en el cual trabajarán una vez graduados, después de haber adquirido las actitudes y la capacitación que podrían entrar en conflicto, al enfrentarlos con situaciones para las que no han sido preparados.

Los efectos beneficiosos o negativos de la migración estudiantil en el Continente deben ser estudiados para que se tomen las medidas necesarias para abordar lo que al momento surge como un importante problema en la planificación de los recursos humanos en salud de varios países del Continente.

RESUMEN

Se estudian en este trabajo las características de la matrícula estudiantil de 274 escuelas de medicina de 24 países de las Américas en cuanto a número, sexo, curso y nacionalidad de los estudiantes en el ciclo académico de 1971-1972.

En comparación con los datos obtenidos por García en 1967, se encontró que el número total de estudiantes de medicina en América Latina aumentó en un 62.8% en cuatro años (15.7% anual), a dife-

rencia del incremento de 26.4% (6.6% anual) que ocurrió en el mismo período en los Estados Unidos de América.

Se analizan las dos tendencias principales que ha seguido el aumento de la matrícula en los países, como son: el aumento en el número de escuelas y la ampliación de las matrículas por escuela.

Se estudió la población de estudiantes de la Región que estudian medicina fuera de su país de origen. Se encontró que los porcentajes de extranjeros por país fluctúan desde el 10% en Argentina hasta el 0.2% en Haití, existiendo amplias variaciones en un mismo país.

La distribución de los estudiantes que estaban realizando estudios fuera de su país parece obedecer a las limitaciones en la admisión a la carrera en sus propios países.

En el estudio se señala la necesidad de que los planes de los países para el desarrollo de los recursos humanos para la salud consideren no sólo los aspectos cuantitativos sino también cualitativos en la formación del médico. En este sentido se recomienda analizar las repercusiones de la migración de estudiantes en la fase de pregrado.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Chile, 1972). Washington, D.C., *Documento Oficial de la OPS 118*, 1973.
 - (2) García, J. C. *Características generales de la educación médica en la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica No. 7*, 1970.
 - (3) "Medical Education in the United States, 1971-1972". *JAMA* 222: 961-1048, 1972.
 - (4) MacFarlane, J. A. *Medical Education in Canada*. Ottawa, Royal Commission on Health Services. Queens Printer, 1965.
 - (5) *Migration of Health, Personnel Scientists and Engineers from Latin America*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 142*, 1966.
 - (6) Dubé, W. F. "Woman Students in U.S. Medical Schools: Past and Present Trends". *Datagram. J Med Educ* 48: 186-189, 1973.
 - (7) García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, *Publicación Científica de la OPS 255*, 1972.
-

A SURVEY OF MEDICAL STUDENTS IN THE AMERICAS, 1971-1972 (Summary)

The student population of 274 medical schools in 24 American countries (1971-1972 academic year) was analyzed in terms of number, sex, courses of study being pursued, and nationality.

It was found that the total number of medical students in Latin America had risen by 62.8 per cent (an average of 15.7 per cent a year) over the figures reported by García in 1967, compared with a 26.4 per cent increase in the United States during the same period.

The two main factors contributing to the upward trend in student enrollment are examined: the increased number of schools, and the larger student bodies being admitted thereto.

Analysis of the figures on students in the Region who were studying medicine away from their country of origin shows that the proportion of foreign students to the total student population ranged from 10 per cent in Argentina to 0.2 per cent in Haiti, with wide local variations within each country.

The extent to which students left their countries to attend foreign universities appears to be related to the ease or difficulty of gaining admission to a medical school at home.

The findings point to a need to consider the qualitative as well as quantitative aspects of medical education in designing country plans for human resource development. With this in view, an analysis of the repercussions of undergraduate migration is suggested.

O ESTUDANTE DE MEDICINA—SUA DISTRIBUIÇÃO NAS AMÉRICAS, 1971-1972 (Resumo)

Examinam-se neste trabalho as características da matrícula estudantil de 274 escolas de medicina de 24 países das Américas, referentes a número, sexo, curso e nacionalidade dos estudantes no período letivo 1971-1972.

Fazendo-se uma comparação com os dados obtidos por García em 1967, constatou-se que o número total de estudantes de medicina na América Latina aumentou 62,8% em quatro anos (15,7% ao ano), contra um aumento de 26,4% (6,6%) ao ano ocorrido no mesmo período nos Estados Unidos da América.

Analisam-se as duas tendências principais seguidas pelo aumento da matrícula nos países, a saber: o aumento do número de escolas e a ampliação das matrículas por escola.

Estudou-se a população estudantil da Região que estuda medicina fora de seu país de origem. Verificou-se que as percentagens de estrangeiros por país oscilam de 10% na Argentina a 0,2% no Haiti, existindo amplas variações num mesmo país.

A distribuição dos estudantes que freqüentavam cursos fora de seu país parece obedecer às limitações de admissão à carreira em seus próprios países.

Assinala-se no estudo a necessidade de que os planos nacionais de desenvolvimento de recursos humanos em saúde considerem não só os aspectos quantitativos, como os qualitativos na formação do médico. Nesse sentido, recomenda-se a análise das implicações da migração de estudantes na fase de pré-graduação.

L'ÉTUDIANT DE MÉDECINE: SA DISTRIBUTION DANS LES AMÉRIQUES, 1971-1972 (Résumé)

L'auteur de ce travail étudie les caractéristiques du nombre des étudiants inscrits dans les 274 écoles de médecine de 24 pays des Amériques quant au nombre, au sexe, au cours et à la nationalité des étudiants de l'année universitaire 1971-1972.

En comparant les données rassemblées par García en 1967, l'auteur constate que le nombre total des étudiants de médecine en Amérique latine s'est accru de 62,8 pour 100 en quatre ans (15,7 pour 100 par an) contre 26,4 pour 100 (6,6 pour 100 par an) aux Etats-Unis d'Amérique.

Il analyse ensuite les deux principales tendances de l'augmentation du nombre d'étudiants dans les pays: l'accroissement du nombre des écoles et l'augmentation du nombre d'étudiants par école.

Après avoir étudié le nombre d'étudiants de la Région qui étudient la médecine en dehors de leur pays d'origine, il note que les pourcentages d'étrangers par pays varient de 10 pour 100 en Argentine à 0,2 pour 100 en Haiti, avec de fortes variations dans un même pays.

La distribution des étudiants qui suivent les cours dans d'autres pays que leur pays d'origine semble obéir aux restrictions imposées à leur admission dans leur propre pays.

L'auteur signale la nécessité qu'il y a pour les plans de développement des ressources humaines pour la santé de tenir compte des aspects non seulement quantitatifs mais encore qualitatifs dans la formation du médecin. A cet égard, il recommande d'analyser les conséquences de la migration des étudiants au stade du prégraduat.

La decisión de estudiar enfermería¹

SRTA. OLGA VERDERESE² Y DR. JUAN C. GARCIA³

INTRODUCCION

Existen grandes variaciones en la demanda por estudios entre las diferentes carreras que integran el área de la salud. La medicina, por ejemplo, atrae a una gran proporción de los que desean seguir estudios universitarios, mientras que otras profesiones de la salud tienen dificultades en reclutar estudiantes. Eso hace que la demanda diferencial repercuta directamente sobre la planificación de los recursos humanos en salud y dificulte el alcanzar las metas establecidas para un período determinado.

La enfermería es una de las profesiones del sector salud que siente en forma más aguda el problema de la demanda diferencial, especialmente cuando la formación de personal se deja al libre juego de la oferta y demanda.

El estudio de los factores que intervienen en la decisión de estudiar enfermería puede resultar útil para definir claramente el problema que afronta la mayoría de los países de la América Latina, elaborar esquemas alternativos, e influenciar sobre el reclutamiento de un mayor número de estudiantes.

La Organización Panamericana de la Salud, por medio de su Sección de Enfermería, realizó un estudio en 1971-1972 con el propósito de analizar la situación existente y las tendencias relacionadas con la formación de enfermeras universitarias en América Latina. Una parte del estudio comprendió la organización, administración, currículos, recursos y funcionamiento de las escuelas.⁴ La otra tuvo por objeto conocer la percepción que tenían los estudiantes de su programa educacional y analizar el proceso de decisión de estudiar enfermería.

¹Los autores agradecen la excelente colaboración de la Sección de Ciencias de la Computadora, Departamento de Estadística de Salud, OPS/OMS, en relación con el procesamiento de los datos estadísticos obtenidos en el estudio de que se da cuenta en este trabajo.

²Sección de Enfermería, Departamento de Servicios Técnicos Especiales, OPS/OMS.

³Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS.

⁴Organización Panamericana de la Salud. "La formación de enfermeras universitarias, 1971-1972". En preparación.

Este trabajo presenta los resultados alcanzados en este estudio, en relación con la decisión de estudiar enfermería.

ASPECTOS TEORICOS DEL ESTUDIO

Se han sugerido varios modelos para explicar el proceso por el cual los individuos seleccionan una ocupación. Uno de los más utilizados para este tipo de estudios es el propuesto por Ginzberg,⁵ según el cual, la elección ocupacional final puede explicarse en términos de las distintas fases de desarrollo por las cuales ha pasado el individuo, y consiste en una serie de decisiones hechas durante un período de años que lleva, en un momento dado, a que el individuo se comprometa definitivamente con una ocupación determinada. Este enfoque, sin embargo, no basta para explicar el fenómeno, pues no toma en cuenta los factores estructurales que están presentes en la denominada "toma de decisiones". El propio concepto de decisión, por ejemplo, supone la existencia de alternativas entre las cuales el individuo puede escoger de acuerdo con sus intereses. Es posible que esto sea cierto sólo para ciertos grupos sociales que no se enfrentan con obstáculos de tipo económico y social que impiden la libre realización de sus deseos; pero aun en estos casos "los deseos" de los individuos están, en gran medida, moldeados por la posición que ocupa el grupo a que pertenece.

Teniendo en cuenta que, según Lagrange, la "escuela perpetúa y refuerza divisiones causadas fuera de la escuela"⁶ y que la decisión de estudiar una carrera profesional se hace, en gran parte, durante el período escolar, los factores que intervienen en el proceso de decisión deben buscarse fuera del ámbito escolar. Así, los tipos y la forma que adquiere la formación de personal de salud reflejan la estructura de la práctica médica. Esta estructura se caracteriza por una división jerárquica que es incorporada o asimilada por los estudiantes, constituyendo un elemento de peso en su decisión. Las recompensas que conlleva esa jerarquía, especialmente las de tipo económico, hacen que los niveles más altos de la misma atraigan al mayor número de aspirantes, mientras que los más bajos reciben un número menor de estos, muchos de los cuales no han podido ingresar a los niveles superiores. La escuela funciona en este caso reforzando la selección social que ya se da en la jerarquía institucionalizada en la práctica médica.

⁵Ginzberg, E., S. W. Ginsburg, S. Avelard y J. L. Herman. *Occupational Choice*. Nueva York, Columbia University Press, 1951.

⁶Lagrange, H. *A propósito de la escuela*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1969. Pág. 185.

El presente estudio tiene por objeto comprobar algunas de estas hipótesis en la América Latina.

ASPECTOS METODOLOGICOS

El estudio se efectuó en 58 (87.5 %) de las 66 escuelas universitarias de enfermería existentes en 13 países de América Latina en 1971. Se sometió un cuestionario a una muestra de 2,804 estudiantes (36.9 % de un total de 7,591).

En el cuadro 1 se indica el número y porcentaje de los estudiantes incluidos en el estudio, por país y número de escuelas.

CUADRO 1—*Número y porcentaje de estudiantes incluidos en el estudio, por país y por el número de escuelas, 1971.*

País	Número de escuelas	Total de estudiantes	Muestra	Porcentaje
Argentina	6	731	332	45.4
Bolivia	2	298	86	28.9
Brasil	16	1,964	811	41.3
Chile	10	1,878	736	39.2
Ecuador	4	295	138	46.8
Honduras	1	101	18	17.8
México	4	338	165	48.8
Panamá	1	240	48	20.0
Paraguay	1	115	55	47.8
Perú	9	1,245	249	20.0
República Dominicana	1	71	32	45.1
Uruguay	1	124	51	41.1
Venezuela	2	191	83	43.4
Total	58	7,591	2,804	36.9

CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIANTES ENTREVISTADOS

A continuación se señalan algunas de las características más sobresalientes de los estudiantes incluidos en la muestra.

La mayoría de los estudiantes se encontraban entre los 18 y los 26 años de edad.

En lo que respecta al financiamiento de los estudios, 593 estudiantes (21.3 %) los efectuaban por medio de becas; 2,190 (78.1 %) los hacían por cuenta propia, y 21 (0.7 %) no contestaron a la pregunta.

La distribución de los estudiantes según la ocupación del padre se indica en el cuadro 2. El 58.3 % de los estudiantes se encontraba en los

CUADRO 2—Distribución de los estudiantes incluidos en el estudio según la ocupación del padre, 1971.

Ocupación	Número de padres	Porcentaje
Propietarios y administradores de empresas grandes y medianas	158	5.6
Profesionales	384	13.7
Empleados y pequeños comerciantes	910	32.4
Pequeños propietarios agrícolas	66	2.3
Fuerzas Armadas	120	4.3
Trabajadores agrícolas, de la minería y de la pesquería	240	8.6
Obreros industriales	476	17.0
Trabajadores de servicio	246	8.8
Sin respuesta	204	7.3
Total	2,804	100.0

grupos de poder adquisitivo de nivel medio o alto, y el 24.4 en el de bajo poder adquisitivo (el 7.3 no contestó a la pregunta).

El análisis del nivel educacional de los padres muestra que el 64 % tenía escolaridad inferior a la secundaria, y el 33.6 %, entre secundaria completa y universitaria (el 2.4 % no contestó).

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Prestigio dado a las profesiones universitarias

En relación con este aspecto del estudio debe destacarse que no todas las profesiones y ocupaciones son valoradas igualmente por la población. En todas las sociedades donde se ha estudiado este aspecto se ha encontrado una jerarquización similar de las ocupaciones, según el juicio de diferentes tipos de poblaciones. Este juicio sobre las ocupaciones se denomina prestigio ocupacional y se basa en el supuesto de que el público es capaz de juzgar una posición social haciendo una síntesis del sistema total de recompensas que, en la mayoría de las sociedades, difiere para cada ocupación. El sistema de recompensas de las profesiones y ocupaciones está constituido por diferentes elementos,

tales como las condiciones de trabajo (trabajo limpio o sucio, manual o intelectual, etc.) y el ingreso económico. No debe confundirse esta jerarquía, basada en un conjunto de recompensas diferenciales de las ocupaciones, con el concepto de clase social, caracterizada por la propiedad o no de los medios de producción.

Las profesiones universitarias también difieren entre sí en cuanto a las recompensas que reciben y, por consiguiente, deberían ser valoradas de manera diferente. Esta valoración global o prestigio de las profesiones permite conocer el lugar que ocupa la enfermera universitaria y el efecto que tiene su nivel de prestigio sobre la decisión de estudiar enfermería. Para tal fin, se solicitó a los estudiantes de enfermería entrevistados que enumeraran 16 profesiones universitarias de acuerdo con el prestigio que esas profesiones tienen para el pueblo en general.

Los resultados, que aparecen en el cuadro 3, son similares a los encontrados en otros estudios sobre escalas de prestigio. Esto no debe sorprender, ya que pareciera haber un alto nivel de acuerdo sobre el prestigio de las ocupaciones, a pesar de las diferencias económicas y socioculturales de los diferentes países donde han sido estudiadas.

En esta escala, el médico presenta el nivel de prestigio más alto, tal como se ha encontrado en estudios realizados en otros países fuera de la

CUADRO 3—Puntuación promedio de prestigio de profesiones universitarias, ordenadas de mayor a menor prestigio, según opinión de los estudiantes de enfermería de 13 países de América Latina, 1971.

Profesión	Puntuación promedio de prestigio ^a
Médico	2.29
Ingeniero	3.64
Odontólogo	6.50
Arquitecto	6.50
Abogado	6.64
Economista	8.13
Farmacéutico	8.32
Agrónomo	8.41
Veterinario	9.48
Bioquímico	9.53
Psicólogo	9.78
Enfermera	9.84
Sociólogo	11.28
Pedagogo	11.40
Administrador	11.52
Periodista	12.42

^aLos entrevistados ordenaron las profesiones del 1 al 16 según el prestigio de cada profesión, correspondiendo el 1 al mayor prestigio. Por consiguiente, la puntuación promedio más baja significa mayor prestigio.

este campo que ha llevado a que la población considere en alto grado a dichos profesionales.

Al analizar el prestigio de la enfermería en los 13 países estudiados se observó que esta varía dentro del cuarto inferior de la escala. La valoración más alta de la enfermería se encontró en Panamá y la más baja en Argentina. Las razones de estas variaciones son difíciles de determinar, aunque se puede suponer que en parte se deben a factores estructurales, uno de los cuales puede ser la posición de la mujer en cada uno de los países. Se sabe que la enfermería es una profesión predominantemente femenina, mientras que la medicina ha sido históricamente masculina. Es probable, entonces, que en aquellos países donde las posibilidades de las mujeres están limitadas, por razones culturales o sociales, para ingresar a carreras como la medicina, las estudiantes de enfermería valoricen más alto la carrera escogida. Por el contrario, en países donde no existen obstáculos para que las mujeres ingresen a medicina u odontología—siempre de mayor prestigio que enfermería—las estudiantes de enfermería reducirían el prestigio de su carrera. Esta última situación se debería a que una alta proporción de estudiantes de enfermería (34 %) en estos países habrían pensado o intentado seguir medicina.

Con el fin de explorar el grado de certeza de esta hipótesis, se correlacionó el porcentaje de mujeres que estudian medicina en cada uno de los 13 países con la valoración dada a la enfermería por los estudiantes del país respectivo (cuadro 5). El coeficiente de correlación encontrado fue de 0.60, $p < 0.05$ y su significado fue el siguiente: los estudiantes de enfermería de países con alto porcentaje de mujeres estudiando medicina daban valores más bajos de prestigio a la enfermería universitaria. Esta hipótesis se analiza con mayor profundidad en la sección que trata de la decisión de estudiar enfermería, pero podemos decir que la valoración dada a enfermería tiene alguna relación con factores estructurales, uno de cuyos componentes sería la posición de la mujer en la sociedad.

Al principio se señaló que el prestigio de una ocupación correspondía a un juicio valorativo global de las recompensas que recibía cada ocupación. A fin de conocer qué factores tenían mayor peso en esta valoración global, se preguntó a los estudiantes de enfermería la razón principal por la cual las personas dan mayor prestigio a una profesión que a otra. A juicio de los estudiantes los dos factores más importantes para determinar el prestigio de las profesiones son: el grado en que dichas profesiones están relacionadas con las necesidades y la vida del ser humano y el ingreso económico (cuadro 6).

CUADRO 5—Puntuación promedio de prestigio dado a la enfermería universitaria por la población, según opinión de los estudiantes de enfermería universitaria de 13 países latinoamericanos, correlacionado con el porcentaje de mujeres estudiando medicina en esos países, 1971.^a

País	Puntuación promedio de prestigio de enfermería ^b	Porcentaje de mujeres estudiando medicina ^c
Panamá	7.10	24.5
Perú	8.78	15.3
Chile	8.83	30.6
Honduras	9.06	19.9
Bolivia	9.18	13.1
Ecuador	9.25	17.9
México	9.47	21.0
Brasil	10.20	25.1
Uruguay	10.79	47.1
República Dominicana	11.03	47.5
Venezuela	11.27	41.2
Paraguay	11.37	30.9
Argentina	12.18	29.8

^aCorrelación 0.60; $p < 0.05$.

^bLas puntuaciones más bajas corresponden a mayor prestigio.

^cRodríguez, María Isabel: "El estudiante de medicina—Su distribución en las Américas, 1971-1972", pág. 374.

CUADRO 6—Porcentaje de estudiantes según su opinión sobre la razón principal por la cual las personas dan mayor prestigio a una profesión que a otra, 1971.

Razón principal	Porcentaje de estudiantes (n = 2,804)
1. Las profesiones que están más relacionadas con las necesidades y la vida del ser humano tienen mayor prestigio	35
2. Las profesiones que ganan más tienen mayor prestigio	31
3. Las profesiones cuyos estudios toman mayor número de años tienen mayor prestigio	17
4. Las profesiones que tienen mayor utilidad para la sociedad tienen mayor prestigio	11
5. Las profesiones con mayor número de actividades intelectuales que manuales tienen mayor prestigio	4
6. Las profesiones que tienen mayor número de problemas que resolver tienen mayor prestigio	1
7. Otras razones	1
Total	100

Es interesante destacar al respecto la importancia otorgada al ingreso en la determinación del prestigio. La mayoría de las profesiones universitarias caen dentro de la categoría de prestaciones personales de servicios, donde la importancia de la persona que proporciona el servicio depende de la cualidad del servicio. A su vez, la valoración de esta cualidad está determinada históricamente. Así, los servicios médicos comenzaron a ser altamente valorados a partir del siglo XVIII. Sin embargo, a medida que el aspecto económico llega a ser dominante en la estructura social, la valoración de los servicios comienza a ser regida por las leyes económicas. Esta situación explica por qué el ingreso económico es uno de los elementos importantes para determinar el prestigio de las profesiones universitarias.

La variación en el prestigio de la enfermería se relaciona con el tipo de factor que se considera más importante para determinar el prestigio de las profesiones. Aquellas personas que piensan que los ingresos económicos y la proporción de actividad intelectual son factores determinantes de la jerarquía de las profesiones asignan valores bajos de prestigio a la enfermería. Por otra parte, quienes consideran que las profesiones que están más relacionadas con las necesidades y la vida humana y son más útiles para la sociedad, tienen mayor prestigio, son también los que califican a la enfermería con mayor prestigio (cuadro 7).

Esta doble imagen de la enfermería—escasas recompensas materiales

CUADRO 7—Puntuación promedio de prestigio dado a la enfermería, según la razón principal por la cual las personas consideran es mayor el prestigio de una u otra profesión.^a

Razón principal	Puntuación promedio de prestigio de la enfermería	Desviación estándar
Actividad intelectual	10.98	4.39
Duración de la carrera	10.36	4.01
Mayor complejidad de problemas que resolver	10.30	3.67
Relación con necesidades y la vida del ser humano	8.66	4.34
Ingresos económicos	11.00	3.87
Utilidad para la sociedad	8.89	4.09
Otras	10.12	5.05

^aLa puntuación promedio más baja significa mayor prestigio.

y relación con necesidades y la vida del ser humano—constituye el telón de fondo de la decisión de estudiar esta carrera.

La decisión de estudiar enfermería

Cabe preguntarse, dentro del marco descrito anteriormente, por qué se selecciona una carrera que se estima que tiene menos recompensas que otras. Por una parte, podría tratarse de personas que han fracasado en lograr una posición superior. Pero esto es un asunto relativo, ya que para muchas personas lograr estudiar una profesión de prestigio relativamente bajo puede significar un ascenso con respecto a la posición social de la familia. En este sentido la enfermería universitaria es una profesión que atrae diferentes tipos de estudiantes. Por consiguiente, un análisis del proceso por el que pasa el alumno para decidirse a estudiar una determinada carrera, como la enfermería, ayudaría a conocer los factores que intervienen en la demanda social de estudios.

Etapas de la decisión de estudiar enfermería. Se preguntó a los entrevistados a qué edad habían pensado por primera vez estudiar enfermería y a qué edad se habían decidido definitivamente. La primera etapa es la que Ginzberg denomina de “elección tentativa”, porque el adolescente estima la ocupación escogida como un intento y, por consiguiente, no se decide definitivamente. En este período, a diferencia del que le precede, designado como de “elección fantástica”, entra en la consideración del futuro ocupacional del joven estudiante un matiz de racionalidad y realismo. La elección tentativa de una ocupación es el primer paso hacia el logro de una imagen futura factible que ofrece al individuo una guía para la acción. Cuando esta elección tentativa es tardía se puede pensar que muchos de los estudiantes habían considerado antes otras ocupaciones.

Los resultados obtenidos revelan una marcada similitud entre los alumnos de los diferentes países (cuadro 8). El promedio de edad en que los estudiantes entrevistados pensaron por primera vez estudiar enfermería es de 16.35 años, cifra superior a la encontrada entre estudiantes de medicina. En una investigación realizada entre todos los estudiantes de seis escuelas latinoamericanas de medicina se encontró que la edad promedio en que pensaron estudiar su carrera fue de 13.59 años. La edad promedio manifestada por los estudiantes de enfermería es, por lo tanto, aproximadamente tres años mayor que los de medicina. Fenómeno similar ocurre con las cifras referentes a la edad en que los alumnos decidieron definitivamente estudiar la carrera que estaban

CUADRO 8—Edad promedio en que los estudiantes pensaron por primera vez y decidieron definitivamente estudiar enfermería, según países.

País	Edad en que los estudiantes pensaron por primera vez estudiar enfermería		Edad en que los estudiantes decidieron definitivamente estudiar enfermería	
	Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
Argentina	17.75	3.7	19.78	3.88
Bolivia	15.17	2.9	18.37	1.71
Brasil	17.56	4.2	20.49	4.22
Chile	15.98	3.4	17.90	2.30
Ecuador	15.04	4.3	18.36	2.66
Honduras	17.33	3.4	18.66	3.59
México	15.42	3.4	18.24	3.85
Panamá	14.23	4.3	17.95	1.69
Paraguay	15.67	4.4	18.65	3.28
Perú	13.86	3.2	17.41	2.11
República Dominicana	17.03	1.4	17.75	2.16
Uruguay	16.52	3.1	19.04	2.89
Venezuela	16.17	2.9	18.64	2.51
Total	16.35	3.95	18.95	3.48

siguiendo: el promedio para enfermería fue de 18.95 años y para medicina de 16.71. Además, el período comprendido entre la edad en que pensó por primera vez y la edad en la que decidió definitivamente ingresar a la carrera seleccionada es menor entre los estudiantes de enfermería que entre los de medicina. Por consiguiente, todo parece indicar que los estudiantes de enfermería habrían tenido algunas dificultades en decidirse por su carrera.

Patrones de selección de enfermería. Hay varios “camino” para llegar a estudiar una determinada carrera: uno es directo, sin alternativas ni dudas en su recorrido, y tiene las características de lo que se denomina vocación—una predisposición difícil de definir y posiblemente muy vinculada a elementos afectivos. Otro camino es el seguido por aquellos alumnos que antes de entrar a una determinada carrera han intentado seguir otras y, a veces, efectivamente lo han hecho por algún tiempo. Estas personas han tenido dudas de que la carrera finalmente seleccionada era la que más podía satisfacerles o la más conveniente.

En nuestra investigación se encontró que un porcentaje bastante alto de estudiantes (60 %) pensó seriamente seguir otra profesión, antes de decidir definitivamente estudiar enfermería (cuadro 9); medicina era la carrera que la mayoría (34 %) de estos estudiantes intentaron estudiar. Los resultados difieren notablemente de los encontrados entre los

CUADRO 9—Porcentaje de estudiantes que pensaron seguir otra profesión antes de decidir estudiar enfermería.

Antes de decidir definitivamente estudiar enfermería: ¿pensó seriamente seguir otra profesión?	Porcentaje de estudiantes (n = 2,804)
Sí, medicina	34
Sí, otra profesión	26
No	39
Sin respuesta	1
Total	100

estudiantes de medicina, de los cuales sólo un porcentaje reducido (6 %) pensó en otra alternativa antes de la decisión definitiva. Resulta, pues, evidente, que la medicina presenta para los estudiantes mayores atractivos que la enfermería. Las diferencias objetivas entre carreras (ingreso, tipo de trabajo, etc.) se oculta muchas veces bajo la denominación de vocación. El hecho de que exista un mayor número de personas con vocación en medicina que en enfermería revela que “el llamado divino” no es totalmente desinteresado.

Aun después de decidir definitivamente estudiar enfermería, resultó alto (37 %) el porcentaje de quienes dudaron que esa decisión fuese la más conveniente. Es de suponer que la mayoría de estos estudiantes han de continuar manifestando inquietudes con respecto a su profesión, descontando una proporción que habrán de “convertirse” en verdaderos amantes de su profesión.

El porcentaje de estudiantes que no pensaron estudiar otra carrera, antes de tomar una decisión definitiva, y que, una vez tomada la decisión tampoco tuvieron dudas, fue relativamente pequeño (27.4 %) (cuadro 10). Este grupo corresponde a los que han seguido un camino directo en su decisión y posiblemente su decisión esté muy vinculada a

CUADRO 10—Porcentaje de estudiantes según su consideración sobre la decisión de estudiar enfermería, antes y después de decidir definitivamente estudiar la carrera (n = 2,804 estudiantes).

Antes de decidir estudiar enfermería:	Después de decidir definitivamente		
	Dudaron de su decisión	No dudaron	Sin respuesta
Pensaron en seguir otra carrera	34.6	25.8	0.2
No pensaron en seguir otra carrera	10.8	27.4	0.2

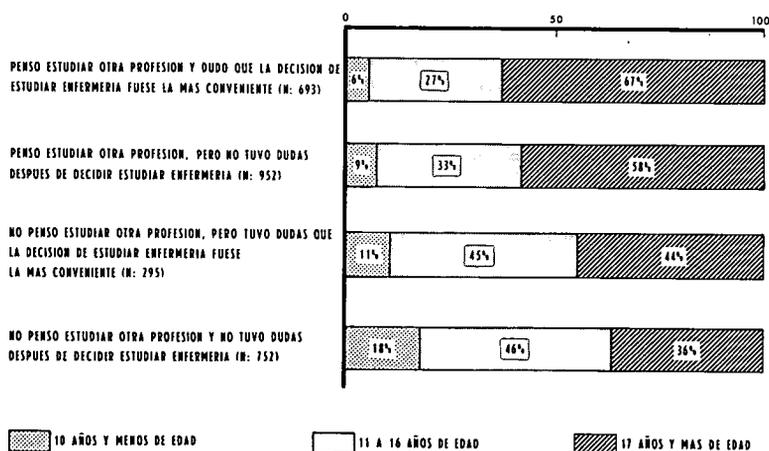
elementos afectivos. Si esto es así, debe haber una estrecha relación entre los que pensaron muy temprano en estudiar enfermería y los que siguieron un camino directo en su decisión.

Efectivamente, tal como se muestra en la figura 1, aquellos que a una edad muy temprana pensaron estudiar enfermería son los que en mayor proporción no consideraron seguir otra profesión y que tampoco tuvieron dudas que la decisión de seguir enfermería fuera la más correcta. Es evidente, también, que este grupo es uno de los más reducidos dentro del total de estudiantes entrevistados. Entre los estudiantes de enfermería de la América Latina parecen predominar los que han pensado o intentado seguir otra carrera o han tenido dudas sobre la ocupación seleccionada.

Determinantes de los patrones de selección. El porcentaje de estudiantes de enfermería que pensó seguir otra profesión varía en los diferentes países, a pesar de que en todos los estudiados este grupo es el mayoritario. La variación anotada podría explicarse por el grado de accesibilidad que tienen las mujeres en los diferentes países a carreras tradicionalmente consideradas como masculinas.

El grado de participación de la mujer en la educación universitaria en general y en los estudios de medicina en particular se puede considerar como indicador de cambios sociales. Esto se debe a que la carrera médica ha sido tradicionalmente considerada de carácter exclusivamente masculino, y la de enfermería, más apropiada para la mujer. Tales asociaciones de las profesiones con el sexo están variando notable

FIG. 1—Consideraciones sobre la decisión de estudiar enfermería según la edad en que los estudiantes pensaron por primera vez seguir la carrera.



y rápidamente en algunos países, a medida que la imagen y el concepto del papel de la mujer en la sociedad se aleja de su definición y contenido tradicionales. La liberación del papel de la mujer en cuanto a elección profesional pareciera estar ligado a indicadores de desarrollo económico social. Si esto fuera así, debería esperarse que el porcentaje de estudiantes de enfermería que pensó seguir otra profesión fuera mayor en aquellos países de mayor desarrollo relativo, donde existen para las mujeres las posibilidades de ingresar en carreras de mayor prestigio que la enfermería, tales como medicina, odontología, y farmacia.

El porcentaje de mujeres que estudian medicina está, como puede observarse en el cuadro 11, correlacionado con el producto nacional

CUADRO 11—*Coefficiente de correlación entre diferentes parámetros de 13 países de la América Latina.*

	Estudiantes de enfermería que pensaron seguir otra carrera en el campo de la salud (%)	Estudiantes de enfermería que pensaron seguir otra carrera (%)	Mujeres estudiando medicina (%)	PNB al valor del mercado	Población urbana (%)
Estudiantes de enfermería que pensaron seguir otra carrera en el campo de la salud (%)		0.77	0.54	0.51	0.42
Estudiantes que pensaron seguir otra carrera (%)			0.44	0.36	0.29
Mujeres estudiando medicina (%)				0.42	0.49
PNB al valor del mercado					0.81
Población urbana (%)					

bruto y el porcentaje de población urbana, dos indicadores del desarrollo económico-social. Asimismo, el porcentaje de estudiantes de enfermería que pensaron seguir otra carrera en el campo de la salud se relaciona con los indicadores discutidos anteriormente. No sucede lo mismo con el porcentaje de estudiantes que pensaron seguir otra carrera.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se presentan los resultados de un estudio realizado por la OPS sobre la decisión de estudiar enfermería. El análisis parece confirmar algunas de las proposiciones presentadas en la exposición teórica:

1. Uno de los factores más importantes para determinar el prestigio de las profesiones es el ingreso económico. A medida que el aspecto económico llega a ser dominante en la estructura social, la valoración de las prestaciones personales de servicios comienza a ser regida por las leyes económicas. Esta situación explica porqué el ingreso económico es dado como uno de los elementos importantes para determinar el prestigio de las profesiones universitarias y el relativamente bajo prestigio de la enfermería.

2. La variación de un país a otro en la valoración dada a enfermería pareciera deberse, en parte, a factores estructurales. Uno de estos es la posición de la mujer en la sociedad. Así, en países donde no existen obstáculos para que las mujeres ingresen a carreras de mayor prestigio que la enfermería, las estudiantes de enfermería reducirían el prestigio de su carrera.

3. El prestigio relativamente bajo de la enfermería, cuando se la compara con otras profesiones en el campo de la salud, parece ser factor importante en explicar la alta proporción de estudiantes que pensaron estudiar otra carrera antes de decidirse por la enfermería.

4. El promedio de edad en que los alumnos de la América Latina pensaron por primera vez estudiar enfermería es de 16.35 años, cifra tres años mayor que la encontrada entre estudiantes de medicina. Por consiguiente, todo parece indicar que una gran proporción de estudiantes de enfermería habían tenido dificultades en decidirse por su carrera.

5. El porcentaje de estudiantes que siguieron un "camino" directo para llegar a estudiar enfermería, es decir, que no pensaron estudiar otra carrera y que, una vez tomada la decisión, tampoco tuvieron dudas, es relativamente pequeño (27%).

6. La enfermería presenta una imagen inconsistente: por un lado, escasas recompensas materiales, por el otro, importancia de sus servicios por su relación con las necesidades y la vida del ser humano. Esta imagen constituye el telón de fondo sobre la cual se toma la decisión de estudiar enfermería.

En el Plan de Salud para las Américas, 1971-1980, se definió la situación de la enfermería y se señaló la "aguda escasez de personal de enfermería", que constituye uno de los obstáculos principales para el desarrollo de los programas en sus aspectos cualitativos y cuantitativos. El Plan recomienda aumentar la producción de las escuelas de enfermería del promedio anual de 17.2 enfermeras a 97. Entre las dificultades que presenta el alcanzar esta meta se encuentra el menor número relativo de postulantes para la carrera de enfermería. Esto representa no sólo un problema de orden cuantitativo sino también de tipo cualitativo, ya que los mejores estudiantes optarían por las

carreras de mayor prestigio. Salvar estos obstáculos no pareciera un problema fácil de resolver dado el vínculo que estos tienen con problemas de orden estructural. Ampliar el mercado de trabajo del personal de enfermería mediante un aumento del número de cargos y mejorar las condiciones de trabajo de este tipo de profesional son algunas de las recomendaciones que facilitarían un cambio al nivel de la formación.

THE DECISION TO STUDY NURSING (*Summary and Conclusions*)

The results of a PAHO study on the decision to study nursing are presented. The analysis appears to confirm several of the propositions advanced in the theoretical exposition.

1. One of the most important factors in determining the prestige of a profession is its income level. As the income factor becomes dominant in the social structure, the value attributed to the provision of personal services begins to be governed by economic laws. Hence income is one of the most important factors in determining the rather high prestige of university professions, for example, as compared with the relatively low prestige of nursing.

2. The differences from one country to another in the value attributed to nursing appear to be due in part to structural factors. One of these is the position of women in society. Thus, in countries where there are no obstacles to women entering professions that carry greater prestige than nursing, students would assign less prestige to it as a prospective career.

3. The relatively low prestige of nursing compared with other health professions seems to be an important factor in explaining the high proportion of students who considered another career before deciding on nursing.

4. In Latin America the average age at which nursing students first thought of taking up their chosen career was 16.35—three years later than the age for medical students. This would seem to indicate that a large number of them had difficulty in reaching their decision.

5. The proportion of students who went directly into the study of nursing, i.e., who did not consider taking up another career and who, having made that decision, had no second thoughts, is relatively small (27 per cent).

6. Nursing presents an inconsistent picture. On the one hand there is scant material reward, but on the other its services have great importance because of their relationship to the needs and life of human beings. This is the picture against which the decision to study nursing is taken.

The Ten-Year Health Plan for the Americas 1971-1980 declares that in the nursing field there is an "acute shortage which is hindering program development" from the standpoint of both quality and quantity. The Plan recommends that the nursing schools' output be increased from an average of 17.2 to 97 a year. One of the problems to be faced in attaining this goal is the relatively small number of candidates for the nursing courses—a situation which has qualitative as well as quantitative ramifications, since the better students choose more prestigious careers. It is not easy to surmount these difficulties, given the basic structural nature of the problem. In order to help raise the level of training, it is

recommended that the labor market for nursing personnel be expanded by increasing the number of posts and improving working conditions.

A DECISÃO DE ESTUDAR ENFERMAGEM (*Resumo e conclusões*)

Apresentam-se neste trabalho os resultados de um estudo realizado pela OPAS sobre a decisão de estudar enfermagem. A análise parece confirmar algumas das proposições apresentadas na exposição teórica:

1. Um dos fatores mais importantes para determinar o prestígio das profissões é a renda econômica. A medida em que a instância econômica passa a ser dominante na estrutura social, a valorização das prestações pessoais de serviços começa a ser regida pelas leis econômicas. Essa situação explica por que a renda econômica é tida como um dos elementos importantes para determinar o prestígio das profissões universitárias e o prestígio relativamente baixo da enfermagem.

2. A variação entre um e outro país no valor atribuído à enfermagem pareceria dever-se, em parte, a fatores estruturais. Um deles é a posição da mulher na sociedade. Assim, em países onde não há obstáculos para que as mulheres ingressem em carreiras de maior prestígio do que a enfermagem, as estudantes de enfermagem reduziram o prestígio de sua carreira.

3. O prestígio relativamente baixo da enfermagem, comparada a outras profissões no campo da saúde, parece ser um fator de importância para explicar a alta proporção de estudantes que pensaram em estudar outra profissão antes de se decidirem pela enfermagem.

4. A média etária em que os estudantes da América Latina pensaram pela primeira vez em seguir a enfermagem é de 16,35 anos, ou seja, três anos maior do que a encontrada entre estudantes de medicina. Portanto, tudo parece indicar que é grande a proporção de estudantes de enfermagem que tiveram dificuldades em se decidir pela carreira.

5. É relativamente pequena (27%) a proporção de estudantes que seguiram um "caminho" direto para chegar a estudar enfermagem, ou seja, que não pensaram em estudar outra profissão e que, uma vez tomada a decisão, também não foram assaltados por dúvidas.

6. É inconsistente a imagem apresentada pela enfermagem: por um lado, a sua parca recompensa material; por outro lado, a importância dos serviços que presta, pelas relações que mantém com as necessidades e com a vida do ser humano. Essa imagem de incongruência é o pano de fundo contra o qual se toma a decisão de estudar enfermagem.

A atual situação da enfermagem foi definida no Plano de Saúde para as Américas (1971-1980), como "uma aguda escassez de pessoal de enfermagem, o que constitui um dos principais obstáculos para o desenvolvimento dos aspectos qualitativos e quantitativos dos programas". Recomenda o Plano que se aumente, da atual média de 17,2 para 97, a formação anual de novas profissionais pelas escolas de enfermagem. Entre as dificuldades que se antepõem à obtenção dessa meta está o menor número relativo de candidatos à carreira de enfermagem. Isso representa não só um problema de ordem quantitativa como também qualitativa, já que os melhores estudantes optariam por carreiras de mais prestígio. Superar tais obstáculos não parecer ser um problema de fácil solução, devido aos seus vínculos com problemas de ordem estrutural. A ampliação do mercado de trabalho do pessoal de enfermagem mediante o aumento do número de posições e a melhoria das condições de trabalho desse tipo de profissional é uma das recomendações que facilitaria uma reforma em nível de formação.

LA DÉCISION D'ÉTUДИER LES SOINS INFIRMIERS (*Résumé et conclusions*)

Les auteurs du présent travail présentent les résultats d'une analyse réalisée par l'OPS sur la décision d'étudier les soins infirmiers. Cette analyse semble confirmer quelques-unes des suggestions faites dans l'exposé théorique:

1. Un des facteurs les plus importants dont il faut tenir compte pour déterminer le prestige des professions est le revenu économique. Au fur et à mesure que le développement économique prévaut dans la structure sociale, l'évaluation des prestations personnelles de services commence à être régie par les lois économiques. Cela nous explique pourquoi le revenu est considéré comme un des éléments essentiels pour déterminer le prestige des professions universitaires et celui, relativement modéré, des soins infirmiers.

2. Les variations enregistrées d'un pays à l'autre dans l'évaluation des soins infirmiers sembleraient être dues pour partie à des facteurs structurels, et notamment à la place que la femme occupe dans la société. C'est ainsi que dans les pays où rien ne s'oppose à ce que la femme embrasse une carrière de plus haut prestige que les soins infirmiers, les étudiantes de cette dernière discipline affaibliraient le prestige même de leur carrière.

3. Le prestige relativement faible dont jouissent les soins infirmiers par rapport à d'autres professions de la santé semble être un important facteur pour expliquer le nombre élevé des étudiantes qui avaient pensé embrasser une autre carrière avant de se décider pour celle des soins infirmiers.

4. La moyenne d'âge à laquelle les étudiants de l'Amérique latine pensent pour la première fois étudier les soins infirmiers est de 16,35, chiffre de trois ans supérieur à la moyenne d'âge de ceux qui se sont décidés à entreprendre des études de médecine. Par conséquent, tout semble indiquer qu'un grand nombre des étudiants de soins infirmiers ont eu des difficultés à choisir une carrière.

5. Le pourcentage des étudiants qui ont suivi une "voie" directe pour étudier les soins infirmiers, c'est-à-dire qui n'ont pas pensé à embrasser une autre carrière et qui, une fois prise leur décision, n'ont pas eu de doutes, est relativement faible (27 pour 100).

6. Les soins infirmiers présentent une image peu cohérente: d'une part, de médiocres avantages matériels et d'autre part, l'importance de leurs services par rapport aux besoins et à la vie de l'être humain. Cette image constitue la toile de fonds sur laquelle se fonde la décision d'étudier les soins infirmiers.

La situation actuelle des soins infirmiers a été définie dans le Plan décennal de Santé des Amériques 1971-1980 comme celle "d'une pénurie aigüe de personnel infirmier, ce qui est un des principaux obstacles au développement des programmes tant du point de vue qualitatif que quantitatif". Le Plan recommande la création de nouvelles écoles d'infirmières de façon à diplômer en moyenne par an 97 infirmières contre 17,2 actuellement. Parmi les difficultés que soulève la réalisation de cet objectif figure le nombre relativement bas de candidats à cette carrière. C'est un problème non seulement quantitatif mais encore qualitatif puisque les meilleurs étudiants optent pour les carrières de prestige. Surmonter ces obstacles ne semblerait pas un problème facile à résoudre en raison du lien qui les unit aux problèmes d'ordre structurel. Elargir le marché du travail du personnel infirmier en augmentant le nombre de postes et améliorer les conditions de travail de cette catégorie de professionnels sont quelques-unes des recommandations qui faciliteraient un changement au niveau de la formation.

Enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina

SEGUNDO INFORME DEL
COMITE DE EXPERTOS DE LA OPS/OMS¹

INTRODUCCION

El Comité de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Patología en las Escuelas de Medicina de la América Latina se reunió en Washington, D.C., del 30 de octubre al 3 de noviembre de 1972.

La reunión formó parte de las actividades del Programa de Libros de Texto de Medicina de la OPS/OMS. Aparte de su finalidad principal de proporcionar a los estudiantes libros de buena calidad, el programa cumple otra función no menos importante: la de actualizar los fundamentos educacionales en que se debe desarrollar el proceso de enseñanza-aprendizaje en las distintas asignaturas o disciplinas.

En ese sentido, la reunión del Comité constituyó una fase más del proceso encaminado a lograr una permanente y continua superación a través del perfeccionamiento de la educación médica. La reunión tuvo un significado especial, pues se trataba de la primera disciplina que se analizaba por segunda vez después de cinco años de su primera reunión.² Por eso le incumbió la responsabilidad de introducir un nuevo esquema de análisis que no sólo actualizara los conceptos sino que

¹El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros: Dr. Blas Bruni Celli, Universidad Central de Venezuela, Caracas; Dr. João Baptista Macuco Janine, Universidad de Brasilia, Brasilia; Dr. Héctor Márquez Monter, Universidad Autónoma de México, México, D.F.; Dr. Mário Rubens Montenegro, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, Botucatu, São Paulo, Brasil; Dr. Carlos Restrepo, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, y Dr. Jorge Rosal, Universidad de San Carlos, Guatemala. Como asesores del mismo actuaron: Dr. Liberato J. A. DiDio, Medical College of Ohio, Toledo, Ohio; Dr. Oscar Gómez Poviña, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina; Dr. William Hartmann, Universidad Vanderbilt, Nashville, Tennessee, y Dr. Humberto Torloni, OPS/OMS. Del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS, estuvieron presentes: Dr. Ramón Villarreal (Jefe), Dr. José Roberto Ferreira, Dr. Juan César García, Dr. Miguel Márquez y Dr. José Romero Teruel.

²*Enseñanza de la patología en las escuelas de medicina de la América Latina*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica No. 1*, 1969.

revisara más ampliamente toda la problemática que enfrenta la escuela de medicina en el manejo de este campo especializado.

El Comité, al enfocar el tema, tomó los siguientes marcos de referencia:

1. Los resultados de las investigaciones realizadas por la OPS/OMS sobre mortalidad en adultos y en niños,³ que indicaron bajos índices de necropsia, y sugirieron como una probable causa de este problema la falta de recursos humanos especializados en esa área.
2. La importancia del diagnóstico patológico para complementar o corregir el diagnóstico clínico y para mejorar el conocimiento médico y evitar el empirismo en su práctica.
3. El estudio y la mejor utilización de los programas de patología, incluyendo su desarrollo a nivel de pre y posgrado, y el incremento de centros de capacitación en ese campo.
4. El progresivo y constante incremento de la población estudiantil como factor condicionante de una carencia relativa de recursos docentes en esa área específica.

El Comité puso énfasis en la necesidad de mostrar soluciones operativas que, con base en el análisis de las causas de la escasez actual, puedan favorecer el aumento del número de especialistas a nivel de las instituciones asistenciales.

PROBLEMATICA GENERAL DE LA PATOLOGIA EN LA EDUCACION MEDICA

Al revisar las modalidades de enseñanza vigentes en las facultades representadas en el Comité, se pudo comprobar que existe una gran variedad de situaciones, que van desde los cursos de tipo tradicional hasta aquellos con un alto grado de integración, llegando inclusive a la desaparición de la patología como disciplina aislada en el currículo médico. Al analizar las causas de esas variaciones, se reconoció que se debían, en parte, a factores que no estaban bajo el control de los patólogos, entre los que se mencionaron el número de alumnos, la limitación de los recursos humanos y materiales disponibles, y el criterio adoptado por la escuela sobre la forma de preparar el producto final.

El Comité subrayó la necesidad de definir las funciones de un

³Véanse *Características de la mortalidad urbana*, por R. R. Puffer y W. G. Griffith y *Características de la mortalidad en la niñez*, por R. R. Puffer y C. V. Serrano. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. *Publicaciones Científicas de la OPS* 151 (1968) y 262 (1973).

departamento de patología, sus límites y alcances, y de enumerar objetivos claros para la enseñanza.

Se señaló que, donde fuera posible, el departamento se podría encargar no sólo de la enseñanza de la patología en medicina, sino también en veterinaria y en odontología, ya que el tipo de aprendizaje básico requerido en estas últimas difiere poco del que debe efectuar un estudiante de medicina a nivel de pregrado. Además, con ello se lograría un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.

Se destacó la escasez de personal técnico y auxiliar debidamente capacitado, y cómo esto incide negativamente en el trabajo del reducido número de patólogos. La gravedad de esta situación varía con los países. Por lo tanto, se señaló que es importante realizar programas de formación de personal que incluya objetivos claros y una adecuada definición de funciones del personal técnico y auxiliar y del patólogo.

Se señalaron como posibles causas de la escasez de personal médico capacitado para docencia y servicio, la subestimación de la contribución de la especialidad al mejoramiento del ejercicio de la medicina y al mayor acierto de los diagnósticos clínicos; la falta de motivación de los estudiantes de pregrado, debido a la imagen inadecuada que se forman del patólogo por las limitaciones impuestas para la enseñanza de su materia, y el factor económico, en menor grado.

CONCEPTO DE LA PATOLOGIA

El Comité definió a la patología, en un sentido amplio, como el estudio de la enfermedad en todos sus aspectos, incluyendo la historia natural, el cuadro epidemiológico, la multicausalidad, las manifestaciones morfológicas y funcionales y la rehabilitación.

La patología sería, pues, un componente de las ciencias biológicas que, utilizando conocimientos, métodos y recursos de morfología, microbiología, bioquímica, genética y epidemiología, entre otras disciplinas, estudia los complejos causales, la patogenia y las lesiones del proceso de enfermedad.

TENDENCIAS DE CAMBIO

El Comité subrayó que, dentro del panorama de la educación médica en general y de la patología en especial, en el Continente es posible

identificar ciertas tendencias de cambio bien definidas, que comprenden, en sus aspectos generales y especiales, los siguientes:

1. *El uso de modelos de enseñanza.* Se consideró que los modelos constituyen la representación esquemática de una realidad dada, con miras a su generalización, y permiten concentrarse en el estudio de un fenómeno y dar mayor énfasis a la dinámica del proceso.
2. *El adiestramiento en servicio en la etapa de pregrado.* Se reconoció de suma importancia que el alumno pueda enfrentarse con la realidad, lo que le facilitará la comprensión de problemas del medio que son similares a los que va a tener que solucionar durante su práctica. Esto incluye, además, la necesidad de que el alumno realice en sus prácticas de laboratorio los exámenes complementarios, ya que eso lo obligará a efectuar en cada caso, y en forma inmediata, la correlación clínico-patológica de la enfermedad.
3. *El uso de técnicas de enseñanza que incluyan modelos de comunicación más avanzados.* El Comité llamó la atención sobre la necesidad de seleccionar, dentro de las posibilidades locales y del contexto metodológico de la institución docente, aquellas metodologías que utilicen modelos de comunicación horizontal y bidireccional. Con ello se mejorará el proceso de enseñanza-aprendizaje y se evitará el desarrollo de subproductos negativos que son generados por el uso de metodologías que tienen como modelo de comunicación el unidireccional y vertical.
4. *La visión ecológica de la enfermedad.* El complejo causal sustituye al concepto de agente específico en la génesis de la enfermedad. La consecuencia más notable de esto es el desarrollo de una actitud de prevención primaria.
5. *La integración longitudinal de la patología en el currículo médico.* Esto tiende a sustituir la enseñanza de la patología en un sólo año de la carrera y da origen al concepto de patología integrada en todos los niveles.

El Comité consideró ventajoso el fomento de esas tendencias de cambio para el progreso de la educación médica en el Continente.

FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO

Aun cuando el Comité estaba consciente de que en aquellos lugares donde la enseñanza de la patología es integrada y longitudinal la imagen del departamento se ha desdibujado, perdiendo su fisonomía tradicional, consideró conveniente definir las funciones que le corresponden a los encargados de la enseñanza de la patología en las escuelas de medicina en los aspectos de enseñanza, investigación y servicio, que se resumen a continuación:

1. *Enseñanza.* El departamento debe tomar a su cargo:
 - a) La enseñanza de la patología a nivel de pregrado, estableciendo su

- ubicación de común acuerdo con las otras disciplinas o intentando su integración en el currículo.
- b) La enseñanza de posgrado, organizando cursos para especialistas y para la formación y capacitación de su personal docente.
 - c) La organización de cursos o programas especiales de información o capacitación del personal técnico y auxiliar que colabora en los servicios de patología.
2. *Investigación.* El departamento debe favorecer el desarrollo de planes de investigación tratando de comprometer a la mayoría de sus miembros. Esto debe hacerse dentro de la mayor libertad académica, teniendo en cuenta los recursos y la trascendencia de la investigación para el mejor conocimiento de la patología regional.
 3. *Servicio.* Los miembros del departamento de patología prestan un servicio imprescindible para mejorar el funcionamiento del hospital universitario. Además, esta es la única forma de incrementar y enriquecer el material de enseñanza, ya que de no contar con una patología variada, la enseñanza puede volverse teórica.

ENSEÑANZA DE PREGRADO

Propósitos

Después de una exhaustiva discusión sobre la enseñanza de pregrado, se enumeraron los siguientes propósitos como de primordial importancia para la formación integral del médico:

1. Que la enseñanza se adapte fundamentalmente a la realidad epidemiológica y ecológica de cada país o región.
2. Que los contenidos sean específicos, sin convertir al estudiante en un especialista, y lo suficientemente flexibles como para permitir la introducción de cambios o ajustes en los programas de enseñanza.
3. Que la educación esté dirigida hacia la adquisición de “una conducta integrada de salud”, incluyendo la historia natural de la enfermedad, su prevención, su recuperación y los aspectos relativos a la atención de los problemas de salud de la comunidad.
4. Debe tenerse especialmente en cuenta el desarrollo de actitudes y destrezas que faciliten el autoaprendizaje. Se destacó la necesidad de promover y favorecer la utilización del método científico en el análisis de los problemas para lograr una solución adecuada y una experiencia válida.
5. Que se trate de desarrollar en el alumno una actitud firme sobre la responsabilidad que le cabe en el mejoramiento de las condiciones de salud.

Programa de enseñanza

Hubo consenso en el Comité en que no era ni posible ni productivo

tratar de establecer el contenido para que un programa uniforme fuera adoptado en todas las escuelas de medicina del Continente. Sin embargo, se señalaron algunos aspectos que se consideró pudieran tenerse en cuenta al diseñar los programas de estudio en esta área, dentro del marco de las tendencias enunciadas.

En ese sentido se recomendó:

1. Que en todo programa se incluyan los temas básicos que están comprendidos dentro de la connotación que los patólogos entienden por "patología general".
2. Que al ubicar a la patología en el conjunto de materias del plan de estudio se trate de facilitar la integración del proceso de enseñanza-aprendizaje mediante la constitución de grupos multidisciplinarios con otras asignaturas conexas.
3. Que al reconocer la importancia de las características epidemiológicas prevalentes en la región, se trate de que los alumnos conozcan los programas de salud de la misma y las exigencias del ejercicio profesional.
4. Que se tome en cuenta la factibilidad del desarrollo de los programas con base en el número de estudiantes, en la posibilidad de emplear recursos de campo fuera del ámbito de las facultades, haciendo uso de la capacidad instalada de los servicios de salud de la zona o región a que está ligada la facultad.

Metodología del proceso de enseñanza-aprendizaje

El Comité subrayó que cada metodología tiene indicaciones propias cuyo conocimiento le sirve para fijar sus límites. Dentro de ese marco, reconoció que el uso de un escaso número de metodologías da rigidez al currículo y ofrece una imagen no conveniente para la formación del estudiante. Advirtió que un contexto pedagógico-metodológico rígido dificulta la visualización de tendencias de cambio y hace muy difícil la introducción de reajustes en la enseñanza. Destacó la imposibilidad de lograr un producto final de la complejidad del deseado mediante el empleo de un número reducido de métodos o técnicas de enseñanza, y por lo tanto recomendó el empleo diversificado de las mismas.

El Comité coincidió en que se deben seleccionar metodologías que sigan una estrategia que permita, hasta donde sea posible, desplazar la enseñanza por fuera del marco tradicional.

Tomó nota de que en algunos experimentos la adopción de mecanismos que permitan una mejor integración del plan de estudios aumentaba la capacidad de la escuela sin disminuir la calidad de la enseñanza ni aumentar el costo de esta.

Recalcó la necesidad de introducir, apoyar o incrementar, según las condiciones, el adiestramiento en servicio como exponente de la enseñanza práctica, y destacó la utilidad de proyectarlo hacia los

servicios asistenciales de cada región. Esto redundaría en beneficio de los servicios de salud, pues la presencia de los estudiantes serviría de estímulo al personal médico e indirectamente contribuiría a lograr una motivación importante para la educación continua de ese personal.

El Comité hizo hincapié en la necesidad de tener cada vez mayor acceso a los adelantos que brinda la tecnología educacional. Las posibilidades que esta ofrece, combinadas con otros métodos, permitirían aumentar la flexibilidad e independencia de los alumnos, lo cual facilitaría cada vez más el desarrollo de la autoformación. Destacó la necesidad de que las técnicas seleccionadas apoyen y favorezcan el aprendizaje, pero de ninguna manera reemplacen al profesor, ya que ello dificultaría o imposibilitaría la adecuada relación docente-alumno dentro de un modelo de comunicación moderno.

El Comité señaló que los adelantos tecnológicos deben ser evaluados cuidadosamente, teniendo en cuenta lo que cada técnica permite obtener y de acuerdo con los objetivos educacionales que en cada caso se intentan lograr. Destacó que algunas técnicas permiten una comprensión más rápida, pero no logran introducir al alumno en niveles más altos de la escala taxonómica del conocimiento; otras en cambio, logran el desarrollo de niveles más altos. Además, se debe tener en cuenta cuáles son los alcances y limitaciones de esas técnicas en cuanto a logros de objetivos en las áreas afectiva y psicomotriz, y la importancia que se le reconoce al desenvolvimiento de estos últimos.

Entre otros métodos y medios de enseñanza-aprendizaje se mencionaron, además de los libros de texto, los programas audiovisuales, diapositivas, "video-cassettes", películas de cinta continua, microfichas, debates en pequeños grupos, observación clínica, discusión con instructores, trabajo de laboratorio, visitas a museos, realización de experimentos y simulaciones. Se enfatizó que con el fin de aprovechar algunos de estos métodos se debe acelerar el desarrollo de la tecnología educacional en los países de América Latina.

ESTRATEGIA DE LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Hubo consenso en el Comité en que, desde un punto de vista general, la utilización de modelos de enseñanza serviría para simplificar y facilitar el aprendizaje. Habría que considerar, naturalmente, las peculiaridades de cada país, las características sociológicas del ejercicio de la profesión en las distintas comunidades, y las normas, pautas y principios de la institución.

Una segunda estrategia sería la de introducir el concepto de "complejo causal", en sustitución al de "agente específico", en la génesis de las enfermedades. Esto lleva necesariamente a reorganizar el conocimiento y a profundizar el estudio del complejo de factores del medio ambiente y del individuo, lo que a su vez induce a desarrollar una actitud de prevención primaria.

La adopción de un concepto de integración que abarca todos los niveles de organización obliga a tener una visión general del proceso mórbido, desde el nivel molecular hasta el ecológico, incluyendo el subcelular, el celular, el tisular, el orgánico, el sistemático, el individual, el familiar y el comunitario. En consecuencia, se crea el concepto de que el estudio de cualquier disciplina debe involucrar todos los niveles de estratificación e induce a utilizar metodologías de enseñanza que obligan al alumno a emplear el razonamiento científico y a desarrollar una adecuada capacidad de análisis y síntesis.

Otra estrategia que se consideró de importancia fue la de promover la evaluación de la enseñanza y de los experimentos pedagógicos que se realizan. Esto, al servir de marco de referencia, ayuda a introducir los reajustes necesarios para lograr los objetivos propuestos. Las experiencias pedagógicas servirían, previa adaptación y ajuste, como modelos para ser usados en otros contextos.

ENSEÑANZA DE POSGRADO

Propósitos

El Comité sostuvo que una de las necesidades indispensables para mejorar la salud en los países del Continente es la formación de personal capacitado para atender los servicios de patología en los centros asistenciales. Señaló la necesidad de inculcar en los patólogos un sentido de integración multidisciplinaria, ya que eso facilitaría el acercamiento hacia especialistas de otras áreas del sector salud y contribuiría a la mejor formación y funcionamiento del equipo de salud.

Consideró que para organizar la educación de posgrado deben tenerse en cuenta las características, modalidades y requerimientos que debería tener el especialista que el país necesita. Esto implica que el patólogo debería poseer amplios conocimientos de anatomía patológica y de patología clínica.

Se señaló que debe propiciarse y estimularse la participación de especialistas en conferencias anatomoclínicas, de patología quirúrgica, u otras similares, pues ello constituye un método excelente para elevar el nivel de conocimiento del cuerpo médico de la institución donde actúan. Advirtió, sin embargo, que la formación de ese personal debe enfrentar una de las problemáticas más difíciles de solucionar para el ejercicio de la patología del Continente, como es el divorcio evidente que existe entre el anatomopatólogo y los que se dedican al diagnóstico por otros medios de laboratorio.

Programa de enseñanza

El Comité destacó la necesidad de que todo programa de educación de posgrado sea precedido por una enumeración de objetivos educacionales clara, específica y concisa, que sea el resultado de un cuidadoso análisis de su razón de ser e importancia para el programa.

Se consideró que la formación de un especialista debe incluir, por lo menos, las siguientes áreas: patología de autopsia, patología quirúrgica, citología exfoliativa, hematología, bacteriología, virología, inmunología, citogenética y bioquímica. Se reconoció que esa formación debe incluir el desarrollo de una responsabilidad progresiva en las actividades, organización y funcionamiento de los servicios de medicina forense, ya que eso podría facilitar la administración de justicia en algunos países.

Metodología de enseñanza

El Comité no consideró ni oportuno ni práctico esbozar normas mínimas para el diseño de un modelo de adiestramiento de especialistas en patología, pues se observaron diferencias sustanciales entre los modelos utilizados en los diferentes servicios, lo que estaba principalmente determinado por la disponibilidad del recurso en cada región. No obstante, se convino en la necesidad de llamar la atención sobre algunos procedimientos y medios que pudieran ser susceptibles de generalización.

El Comité aceptó como modelo muy recomendable el de la residencia, porque incluye una enseñanza activa, en servicio, de responsabilidad creciente, incluyendo la participación activa en áreas de laboratorios clínicos.

También señaló la importancia de la necropsia, que consideró un instrumento valioso no sólo para la mejor formación del patólogo en

ciertas áreas específicas sino también con miras a su uso en la investigación de los problemas de salud de la comunidad.

Estrategia de la enseñanza de posgrado

El Comité opinó que los propósitos enunciados podrían lograrse si los departamentos de patología se estructuraran de una manera tal como para que queden bajo su dependencia y responsabilidad no sólo los servicios de autopsia y patología quirúrgica, sino también la ejecución de análisis de laboratorio clínico. Se recalcó también la conveniencia de la práctica observada en muchos países de encargar la dirección de los laboratorios a profesionales a tiempo completo que no tienen que asumir la responsabilidad de la prestación de servicios de pacientes privados.

FORMACION DE PERSONAL DOCENTE EN PATOLOGIA

El Comité consideró de fundamental importancia que los departamentos de patología encaren los aspectos de capacitación de personal docente que va a efectuar la enseñanza de la materia a nivel de pregrado. Esa formación debe tener en cuenta las perspectivas de la enseñanza y las tendencias de cambio sobresalientes. Debe ponerse especial énfasis en que ese personal no sólo sea capacitado en el conocimiento de la materia para que adquiriera una visión más completa de la misma y pueda valorizar mejor sus partes componentes, sino que también se le ejercite en el empleo de técnicas de enseñanza en uso o cuya adopción contribuiría a alcanzar los objetivos prefijados.

Para la adecuada formación del profesor de patología es de primordial importancia el adiestramiento en investigación y la posibilidad de que el mismo participe durante su formación en algún proyecto de investigación.

FORMACION DE PERSONAL TECNICO Y AUXILIAR

El Comité señaló la necesidad de planificar y ejecutar programas tendientes a la formación de personal técnico y auxiliar, ya que si este está adecuadamente capacitado para colaborar en esas tareas, se libra al patólogo de un trabajo que, al consumir su tiempo, limita sus posibilidades de acción en otras áreas.

RECOMENDACIONES DE LIBROS DE TEXTO

El Comité consideró oportuno y necesario pronunciarse con respecto al Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS, y concluyó que es un proyecto que beneficia la formación de personal de salud. En tal virtud, el Comité enfatizó la necesidad de que la Organización continúe con dicho programa.

El Comité hizo suyos los criterios sostenidos por el Comité de Expertos en la Enseñanza de la Microbiología⁴ sobre las condiciones que debe reunir un libro de texto. Hubo consenso en que ningún libro disponible actualmente reúne todas las condiciones exigidas, fundamentalmente en lo que se refiere a problemas ecológicos y a la extensión con que se tratan ciertos temas. Además, señaló la falta de actualización en algunos de ellos.

Con todas las reservas que esto originó, el Comité seleccionó dos libros como los que más se ajustan a sus requerimientos y que son:

1. *Patología*—Pelayo Correa y colaboradores. 2ª edición, 1971. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F.
2. *Tratado de patología*—Stanley L. Robbins. 3ª edición en español, 1968 (Traducción de la 3ª edición original en inglés, 1967). Editorial Interamericana, S.A. México, D.F.

El Comité recomendó incluir material visual en el libro. Hizo hincapié en la necesidad de que el material ilustrativo presente casos clínicos completos, incluyendo en cada oportunidad: la historia clínica; el examen de laboratorio; radiología; macro y microfotografía y cuadro epidemiológico.

Solicitó que se gestione ante los autores la inclusión o ampliación de aquellos temas que se consideran importantes de acuerdo con la patología prevalente en la región.

RECOMENDACIONES GENERALES

El Comité, después de una cuidadosa selección, enumeró las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar el ejercicio y la práctica de la patología en las Américas:

1. Recomienda que en los departamentos de patología de América Latina se incremente la producción de materiales de enseñanza, tales como colecciones de estudio sobre temas determinados por la ecología regional y que puedan

⁴Véase *Serie Desarrollo de Recursos Humanos, A. Educación Médica, No. 14*, 1971.

ser intercambiados, y que la OPS/OMS desarrolle los mecanismos para facilitar la utilización de tal tipo de recurso didáctico.

2. Solicita a la OPS/OMS que patrocine una investigación operativa sobre la existencia de centros de excelencia en el campo de la patología, incluyendo el análisis de sus programas de trabajo y actividades de adiestramiento.
3. Recomienda que entre las becas de estudio de la OPS/OMS se reserve un número específico para adiestramiento de personal de patología en los centros de excelencia. Además, que se utilice el recurso de las becas viajeras para establecer intercambio entre los profesores de patología que efectúen experimentos en el campo de la enseñanza para visitar centros pilotos de tecnología educacional existentes en el Continente.
4. Recomienda también que la OPS/OMS publique, en un boletín o como una sección de sus publicaciones, información actualizada sobre programas docentes, metodología, tecnología educacional en general, y más específicamente, en el campo de la educación en salud. Asimismo, que se divulguen los resultados de las experiencias en la enseñanza de patología y principalmente de las que se efectúen en el intervalo que preceda a la tercera reunión del Comité de Patología.
5. El Comité recomienda específicamente que en todos los países se utilicen los recursos de los servicios asistenciales de salud como laboratorios y centros de enseñanza.
6. Pedir a la OPS/OMS que efectúe un estudio con el fin de determinar si es pertinente la actualización de la legislación vigente en algunos países referente a la ejecución de necropsias.
7. Recomienda el ensayo de un protocolo simplificado, sencillo y gráfico para registro de necropsias, que contribuiría a mejorar la utilización del tiempo del patólogo, el cual podría dedicarse a otras áreas o actividades que favorecen su formación integral. Teniendo conocimiento que la OPS/OMS está efectuando ensayos en ese sentido, se solicita no sólo la continuación de ese esfuerzo, sino se sugiere que el ensayo se extienda al mayor número posible de servicios de patología del Continente.

Enseñanza de la salud mental en las escuelas de medicina de la América Latina

PRIMER INFORME DEL
COMITE DE EXPERTOS DE LA OPS/OMS¹

INTRODUCCION

El Comité de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Salud Mental en las Escuelas de Medicina de la América Latina se reunió en Washington, D. C., del 3 al 7 de diciembre de 1973.

A los fines del Comité, la expresión "salud mental" se aparta en cierta medida de lo convencional y debe entenderse en su sentido más genérico, en el que el término salud abarca las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, así como el conjunto de disciplinas científicas que aportan alguna contribución a la comprensión de esta área de la medicina. No se trata sólo de un sector de la salud pública, sinónimo de la antigua denominación de la higiene mental, sino de un amplio campo de conocimientos basados en la antropología, sociología, psicología y psiquiatría, entre otras disciplinas.

Para desarrollar sus funciones, el Comité adoptó el siguiente concepto del fenómeno "salud mental":

Es la condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo intelectual, emocional y social del individuo, y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y

¹El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros: Dr. Gonzalo Adis-Castro, Universidad de Costa Rica; Dr. Ellis D'Arrigo Busnello, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil; Dr. Mauricio Goldenberg, Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina; Dr. Javier Mariátegui, Universidad Peruana "Cayetano Heredia", Lima, Perú; Dr. Eustachio Portela Nunes, Hospital Pinel, Guanabara, Brasil; Dr. Pablo Pérez Upegui, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; Dr. Carlos E. Sluzki, Universidad de California, San Francisco, y Dr. Joge Velazco Alzaga, Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, México, D.F. Como asesores del mismo actuaron: Dr. Juan Campos, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España; Dr. René González, OPS/OMS; Dr. Hilliard Jason, Universidad del Estado de Michigan, East Lansing, Michigan, y Dr. Guillermo Urrutia, Universidad de San Carlos, Guatemala. Del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS, estuvieron presentes: Dr. Ramón Villarreal (Jefe), Dr. José Roberto Ferreira, Dr. Juan César García, Dr. Miguel Márquez y Dr. José Romero Teruel.

colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio.

Tomando el problema en este sentido, de inmediato se puede considerar que el mismo tiene que ver con toda la misión de formación del médico. En consecuencia, su análisis debe partir de las bases de los objetivos generales de la carrera de medicina.

Al señalar estos objetivos generales, el Comité estuvo de acuerdo en que la misión de la escuela de medicina es esencialmente la de "formar al médico", tomado sin calificativos especiales, sea del tipo indiferenciado, general, de familia o especializado. Este médico debe estar adiestrado en el proceso de solución de problemas y en el manejo de situaciones concretas de la práctica profesional, tomándose en cuenta, en el rango de sus capacidades, la prevención, atención y rehabilitación de las condiciones prevalentes de salud y enfermedad en la región en que esté ubicado.

En el contexto de las facultades o escuelas de medicina, el área de la salud mental no siempre se encuentra claramente definida, primero por la existencia de divisiones académicas o administrativas artificiales que no tuvieron como bases la previa definición global del área, y segundo por involucrar aspectos relativos a disciplinas científicas que sobrepasan los límites de la propia escuela médica.

Por eso, el Comité consideró que se deben tomar con cautela los criterios de departamentalización en el campo de la salud mental. Aun cuando se admite que determinados departamentos de psiquiatría han cumplido un papel importante en el desarrollo de la propia especialidad, se debe evitar la departamentalización académica basada en la estructura curricular, dando preferencia a los criterios de distribución del trabajo médico en la forma ya existente a nivel de los servicios de salud.

En este sentido, en el pregrado las acciones de salud mental tendrán mejores condiciones de desarrollo en el hospital general, en la consulta externa y en los centros de salud, realizando sus funciones en forma integrada con las demás áreas clínicas. El hospital psiquiátrico u otros servicios especializados en el campo de salud mental debieran ser utilizados predominantemente para el nivel de posgrado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL AREA DE SALUD MENTAL

Por el carácter prioritario de la salud mental y la conducta terminal esperada del futuro médico expuesto al aprendizaje en esa área, es

importante que este se mantenga atento a los componentes personales y emocionales de cualquier problema que presenten los pacientes, en su interrelación con la familia y la comunidad; que sea capaz de ocuparse de los trastornos mentales de mayor prevalencia, teniendo además condiciones para reconocer aquellos para los cuales deba indicar y realizar la transferencia del paciente a los servicios psiquiátricos especializados, y que sea capaz de establecer una relación empática y confiable con sus pacientes.

Más que en cualquier otra disciplina de la carrera de medicina, se espera que en el área de salud mental las acciones docentes proporcionen condiciones favorables al desarrollo emocional del futuro médico. Además, se debe condicionar la formación de una actitud crítica y relativista para con el conocimiento, en la que la adquisición de la información pase de ser un valor de por sí para resultar la consecuencia natural de la detección y el esfuerzo de solución de los problemas que le toque enfrentar. Debe existir congruencia entre la adquisición y la utilización de esta información, una razón más por lo que el aprendizaje de la salud mental se debe centrar en la problemática cotidiana del médico y del medio. Deberá, asimismo, favorecer la capacidad del alumno por el aprendizaje independiente, es decir, el manejo de los mecanismos que permitan una continuidad de su propia educación de manera autónoma.

Los objetivos específicos que pueden desarrollar la capacidad del futuro médico para lograr la conducta terminal referida en el área de salud mental deberán incluir:

1. La formación humanista y el desarrollo de una actitud que le permitan vincularse afectuosamente al paciente, otorgando la debida significación a los factores somáticos, psicológicos y sociales que intervienen tanto en la salud como en la enfermedad de la persona.
2. El desarrollo de la capacidad de analizar suficientes datos en las entrevistas que le permitan una evaluación del estado mental de cualquier paciente y, asimismo, hacer la relación obligatoria de estos hallazgos con el contexto familiar y comunitario.
3. El adecuado manejo del proceso diagnóstico y terapéutico de la rutina de los disturbios psiquiátricos y de las emergencias del área de la salud mental, además del conocimiento general de la nosología psiquiátrica que necesite consulta especializada.
4. El desarrollo de actitud autocrítica constante con relación a su propio desempeño, reflexivo en la disposición de seguir estudiando y en la necesaria flexibilidad de ajuste a la realidad en continuo cambio.
5. La adquisición de la noción de que la atención médica se inclina cada vez más hacia los aspectos sociales y psicológicos de la salud y de la enfermedad, facilitándose la posibilidad de integración en equipos multidisciplinarios de salud.

CONTENIDO DE LA ENSEÑANZA

La transferencia del énfasis de la enseñanza a los aspectos preventivos y de salud se debe reflejar en una modificación sustancial de los contenidos de los programas. En este sentido, se prestará una atención creciente a la enseñanza de los procesos interpersonales, la interacción del individuo con su grupo familiar y con la comunidad a que pertenece, los procesos ecológicos, y la dinámica de la relación médico-paciente. Se deberá familiarizar al alumno con modelos evolutivos que le den acceso a la comprensión y al manejo terapéutico de las crisis vitales individuales y familiares a que están expuestos todos los seres humanos, y que de una u otra manera afectan a su salud global.

La enseñanza de una psiquiatría académica debe dejar lugar a una en la que se dé prioridad a aquellas entidades nosológicas de máxima prevalencia, a fin de capacitar a todo médico para la prevención y detección inmediatas de estos problemas.

Los estudiantes deben adquirir conciencia de las interrelaciones existentes en los diversos sistemas de atención médica y salud pública en los que actuarán; conocer la dinámica de las relaciones administrativas, así como adquirir una visión crítica acerca del modo en que los pacientes son tratados tanto por el personal docente-asistencial como administrativo. La valorización del paciente como persona debe comenzar, naturalmente, mediante el trato respetuoso de los pacientes en los hospitales-escuela, y una adecuada consideración de los aspectos psicológicos de todos los pacientes en tratamiento, con énfasis en la importancia de los tratamientos psicoprofilácticos.

METODOLOGIA

El Comité consideró importante destacar la necesidad de un cambio significativo en la enseñanza de la salud mental a fin de enfrentar al estudiante con la problemática de esta materia desde el ángulo de los aspectos preventivos y de salud más que desde el de la enfermedad.

La enseñanza de la salud mental debe reflejar sensibilidad y congruencia con la realidad social de los países latinoamericanos, y encararse con una perspectiva comunitaria social y con un énfasis en la patología conflictiva prevalente en la región donde se imparte.

De la enseñanza de una psiquiatría y salud mental aisladas como disciplina debe pasarse a una enseñanza a grupos multidisciplinarios en el contexto del equipo de salud, centrando su atención ya no en el "paciente mental", sino en el comportamiento de todo paciente.

El aprendizaje de la salud mental deberá ser integrado a los de los diferentes sectores de la carrera médica desde el primero al último año. Las características específicas del programa serán establecidas por cada escuela en función de:

1. Los objetivos de la escuela de medicina y las relaciones que esta mantiene con la sociedad, especialmente en el sistema de atención médica.
2. La metodología de la enseñanza que se seleccione.
3. La disponibilidad, número y calidad del personal docente.
4. Recursos físicos y económicos.
5. El número de horas curriculares.
6. La posibilidad concreta de integración de la salud mental en cada una de las áreas o bloques docentes en los cuales se cumplen las actividades de la enseñanza.

La enseñanza debe tener un enfoque pragmático, en el cual la práctica y la teoría se complementan armónicamente y se estimula la conciencia crítica de la actividad médica. A tal efecto se subrayó la conveniencia de centrar la experiencia docente en actividades realizadas en la misma comunidad, mediante la participación activa del estudiante en los equipos de prevención y fomento de la salud pública en la que se haya incorporado instrumental y experiencias del campo de la salud mental.

Sólo una pequeña parte de la temática de la salud mental será aprendida en áreas especializadas, en función de los recursos específicos con que estas cuentan: por ejemplo, “percepción”, en los laboratorios de fisiología; “nosografía psiquiátrica”, en los servicios de psiquiatría de hospitales generales o en los hospitales psiquiátricos.

Resulta particularmente valioso favorecer el trabajo en el equipo de salud, lo que contribuye a transmitir tempranamente al estudiante de medicina la conciencia de que el médico es un miembro de un grupo más amplio dedicado a tareas de salud, compuesto por enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, etc. Esto contribuye, asimismo, a erradicar los prejuicios y las actitudes discriminatorias. Es también importante que el alumno trabaje con estudiantes de otros campos en el área de la salud, para exponerlo al impacto de diferentes perspectivas en el estudio del hombre, la familia y la comunidad. Esto complementará su experiencia centrada en los servicios sectorizados de salud, al mismo tiempo que lo expone a los múltiples factores físicos, emocionales y sociales que se encuentran en la génesis de las enfermedades en general.

Es recomendable que el alumno desarrolle experiencias en el terreno de la dinámica de las relaciones humanas, de grupo, y bipersonales, con particular referencia a la relación médico-paciente y de grupos de trabajo.

Al abordar por primera vez tales experiencias son útiles determinados recursos audiovisuales, tales como películas con movimiento y sonido, que permiten demostrar entrevistas y consultas psiquiátricas de situaciones reales como condición motivadora para discusiones de grupo. También los procedimientos de teatralización pueden ser utilizados con el mismo propósito.

EVALUACION

Los postulados enunciados en el presente informe, desde los objetivos propuestos hasta la metodología que se plantea, concuerdan con las tendencias evolutivas por las cuales pasa todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En la medida en que se trata de aplicar estos fundamentos en la búsqueda de un cambio, se debe tener en cuenta la necesidad de cambiar primero el sistema de evaluación, adaptándolo a la consecución adecuada de los objetivos propuestos.

En la práctica esta evaluación deberá asumir la misma flexibilidad que se plantea en cuanto a la metodología. Será necesario evaluar el desempeño del alumno en la actividad práctica y su actitud para con los pacientes y para con todo el equipo de salud en que debe de estar integrado. La evaluación debe comprender tanto el sistema docente (enseñanza) como a los estudiantes (aprendizaje) y por lo tanto en ella deberán participar activamente todos los sectores involucrados. Deben conocerse los factores que intervienen desde antes que el alumno ingrese en la carrera hasta después de haber terminado sus estudios, y fomentarse investigaciones al respecto.

La evaluación formal de los conocimientos será complementaria a la observación permanente de los aspectos de carácter formativo. También se espera que este proceso de evaluación se incorpore al propio proceso de enseñanza-aprendizaje, admitiéndose que el alumno puede y debe desarrollar sus capacidades de autoevaluación, y al hacerlo será imposible disociar el fenómeno del aprendizaje del evaluativo.

El Comité hizo referencia a las ventajas de introducir procesos de autoevaluación formativa utilizando exámenes subjetivos asociados a información de retroalimentación o refuerzo, método que se debe incrementar en su aplicación periódica y frecuente a lo largo de toda la carrera.

En el proceso de evaluación, que debe ser continuo, objetivo, integral y sistemático, tiene importancia la consideración de los objetivos que se miden, de los métodos utilizados, y de las personas que en él participan,

todos los cuales influyen no sólo la confiabilidad y validez de la evaluación sino el proceso mismo de aprendizaje.

SELECCION DEL LIBRO DE TEXTO

El Comité hizo hincapié en que el libro de texto debe ser tomado como material de referencia integrado a un conjunto amplio de instrumentos docentes. Su propio carácter usual de abarcar la totalidad del conocimiento especializado lo hace, en general, sobrepasar la necesidad básica del médico que se quiere formar.

La posibilidad de que el proceso de enseñanza-aprendizaje se desarrolle en una atmósfera de libertad de pensamiento permite considerar que, en la misma forma que el docente asume más bien un papel de consultor que el de fuente de información, también el libro de texto se convierte más en una obra de consulta que en un instrumento de enseñanza permanente y continua.

Esto hace que sea necesario utilizar capítulos didácticos muy específicos que pueden encontrarse en distintos libros o ser elaborados *ad-hoc* y aplicados a situaciones concretas de la rutina de actividades formativas del alumno y a características específicas del campo de la salud mental de cada región. Por lo tanto, se hizo referencia muy especial a la importancia de conformar textos modulados, organizados en forma flexible sobre la base de capítulos seleccionados en función de la serie de objetivos de cada escuela.

El Comité recomendó que la OPS/OMS realice todos los esfuerzos necesarios para el desarrollo de ese texto modulado que permita interdigitar los aspectos universales del conocimiento con los aspectos regionales de su aplicación, y que invite a todos los profesores latinoamericanos vinculados al campo de la salud mental a colaborar en la puesta en marcha de ese proyecto. Se sugirió integrar este texto a un programa de materiales docentes en forma modular, que se desarrolle en términos interuniversitarios.

Considerando que la elaboración de dicho instrumento exigirá no sólo esfuerzos sino tiempo, y dado que se concordó en la conveniencia de sugerir de manera inmediata algún libro básico de consulta como parte del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS, el Comité comparó diferentes textos existentes en término de su adecuación parcial a los objetivos y el contenido global propuestos, y decidió recomendar de manera provisional, hasta tanto se cuente con un texto modular como libro de base, la utilización de la última edición de

Psiquiatría clínica moderna (1966), de Noyes y Kolb (La Prensa Médica Mexicana, México, D.F.), y de *Principios de psiquiatría preventiva* (1966), de Gerald Caplan (Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina), o, si fuera posible, traducir al español el *Modern Synopsis of Comprehensive Psychiatry* (1973), de A. M. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock (Williams and Wilkins, Baltimore, Md.).

Noticias

XIX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA



DR. HECTOR ACUÑA MONTEVERDE
DIRECTOR ELECTO DE LA OPS

Del 30 de septiembre al 11 de octubre de 1974 se celebró en Washington, D.C., la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, XXVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Estuvieron representados en ella 29 Gobiernos Miembros y Participantes de la Organización. Asistieron, además, el Director General de la OMS, Dr. Halfdan Mahler, así como observadores de cuatro organismos internacionales y de 22 organismos no gubernamentales.

La Conferencia eligió al Dr. Héctor Acuña Monteverde, de México, como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por un período de cuatro años a partir de febrero de 1975.

Asimismo, aprobó la solicitud de ingreso en la OPS de la Comunidad de Las Bahamas, y la asignación de un presupuesto para la OPS en 1975 de EUA-\$27,440,160, y tomó una serie de medidas de gran significación relacionadas con las actividades de salud en el Continente en los años venideros.

La Conferencia aprobó 45 resoluciones¹ en el curso de sus 14 sesiones plenarias. A continuación se presenta un resumen de la reunión.

Sesión inaugural

Cuatro importantes discursos fueron pronunciados en la sesión inaugural. El primer orador fue el Dr. Adán Godoy Jiménez, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay y Vicepresidente de la XVIII Conferencia, quien señaló:

¹El Informe Final de la Conferencia, que contiene el texto oficial de las resoluciones, aparecerá en el *Documento Oficial de la OPS 133* (1975).

“... En su origen, hace 72 años, la OSP fue la respuesta de nuestro Continente a una crisis que entonces significaban las enfermedades pestilenciales que asolaban los países e impedían el libre comercio con las demás regiones del mundo. . . .

“La creación en 1945 de la OMS y su estrecha coordinación lograda en 1949 con la OPS contribuyó grandemente a aumentar la capacidad de servicios en esta institución americana que cuenta, entre sus méritos, haber sido líder en la lucha contra la fiebre amarilla, la peste bubónica, la viruela y otros males.

“Las consecutivas Conferencias Sanitarias Panamericanas y las Reuniones Especiales de Ministros de Salud han venido ampliando la política de colaboración en el campo de la salud. . . . Se destaca dentro de estos esfuerzos la III Reunión . . . realizada en Santiago, Chile, en 1972 . . . que estructuró un verdadero Plan Decenal de Salud para las Américas para 1971-1980 que se encuentra en plena ejecución”.

El segundo discurso fue pronunciado por el Dr. Charles C. Edwards, Secretario Adjunto de Salud de los Estados Unidos de América, quien, al referirse a los progresos realizados en el campo de la salud, dijo:

“Todos nosotros podemos enorgullecernos de los resultados logrados . . . por ejemplo, se ha erradicado la viruela del Hemisferio, un hecho que muchas destacadas autoridades de salud consideraban inalcanzable. Los programas de acción han incluido el abastecimiento de agua sana y adecuada, el adiestramiento de personal médico y de salud, la reducción de la mortalidad infantil, la mejora de la nutrición y la lucha contra las enfermedades para las que se dispone de medidas preventivas eficaces. No obstante, . . . todavía queda mucho por hacer, pues no nos consideraremos satisfechos hasta que todas las personas del Hemisferio—tanto las que habitan en áreas rurales como urbanas, tanto las que se hallan al pie de la escala económica como las que están en la cumbre—disfruten de los beneficios de estos éxitos. Mientras haya aunque sólo sea una persona a quien no alcancen los beneficios de salud disponibles, nuestro trabajo no estará terminado”.

El tercer discurso fue pronunciado por el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, el cual manifestó:

“... Todos sabemos que es la nuestra una época de amenazas y que hay más inquietudes que esperanzas a bordo de esta nave espacial que es nuestro planeta. Inquietudes en verdad paradójicas, que nacen del afán imposible de conservar todos los privilegios y todos los prejuicios de un pasado caduco, a la vez que se prepara un porvenir que manifiestamente exige la ruptura con ese mismo pasado . . . Acaso los historiadores del porvenir—si es que nos queda un porvenir—verán en el siglo veinte la época en que, por vez primera, pudo el hombre demostrar una solidaridad colectiva, sin discriminación ninguna contra ninguno de los tripulantes de nuestra nave espacial. Pero también es posible que los historiadores de otros planetas vean en las ruinas del nuestro el testimonio de un siglo en que los hombres que poblaban la Tierra tuvieron por última vez la osadía de rehusar el reto de la supervivencia. Casi todas las conferencias internacionales son, a mi humilde entender, un testimonio de la pobreza de nuestros medios ante la obstinación del hombre en sustraerse al desafío de la supervivencia solidaria.

“Creo—y es la mía una opinión estrictamente personal—que esa obstinación nace en buena parte de la tendencia a considerar que los únicos recursos del hombre son los recursos tecnológicos y económicos. Nada, creo yo, podría estar más alejado de la realidad. Por importante que nos parezca la econometría, no olvidemos que abundan en la historia las épocas de escasísima correlación entre crecimiento económico y bienestar social. . . .

“... Pero la energía y la fuerza creadora del hombre están rigurosamente condicionadas por su salud, que . . . nada tiene que ver con el empeño obsesivo de la medicina convencional en curar todas las enfermedades y en alejar todo lo posible la hora de la muerte. La salud no es otra cosa que el mayor grado posible de *bienestar* físico, mental y social.

“... Busquemos, en cambio, con ahínco lo que de verdad importa para la salud, y podremos llegar a buen puerto, si admitimos sin reticencias que la salud es un derecho humano fundamental en el que no caben discriminaciones políticas, geográficas, económicas o sociales. Pero las palabras no bastan y, para impulsarnos a los actos, para cambiar los reflejos inveterados, harán falta organismos nacionales, regionales y mundiales capaces de resolver la crisis de salud. Si esa solución se adoptara, creo yo que quienes tenemos el insigne privilegio de trabajar al servicio de la salud podríamos aportar una contribución innegable al nuevo orden económico y social, en pro de un mundo más decoroso”.

La sesión inaugural se cerró con el discurso pronunciado por el Dr. Abraham Horwitz, Director de la OSP, quien manifestó:

“Las Américas están unidas en su concepción de la salud. Así se define en el Plan [Decenal de Salud] para este decenio: un fin para cada ser humano, y un medio para la sociedad a que pertenece.

“... Están unidas en sus propósitos de hacer realidad esta salud como la han descrito. Con este objeto, han identificado los problemas y las prioridades . . . y establecido metas específicas por alcanzar. . . .

“... Están unidas en salud, como lo revela el intenso intercambio de conocimientos y experiencias que preside la transferencia tecnológica, un verdadero mercado común intelectual . . . están unidas en una aspiración de la salud como un derecho de todos, como un deber de cada cual para con los demás y no como un privilegio de algunos . . . Porque este es un Continente que desea comprensión y no compasión; que está convencido de su propia habilidad para satisfacer sus necesidades; que quiere hacerlo en interdependencia e igualdad; que ofrece un modo de ser y de sentir que se revela en una emotividad singular la que, sin perder sus fundamentos racionales, le da tono y color a la conducta y a las actitudes.

“Las Américas están unidas desde hace 72 años por medio de la OPS y, en los últimos 26 años, por la labor prácticamente integrada con la OMS. El propósito cardinal que guía a estas instituciones . . . ha servido de base para su total prescindencia política, para que todos los gobiernos sean miembros con iguales derechos y para que hayan mantenido en forma ininterrumpida su cooperación a la obra común . . .

“... Están unidas en la solución de problemas que afectan a muchos países de la Región o son de proyección mundial. Las enfermedades transmisibles del hombre y de los animales son . . . el ejemplo más conspicuo. Su difusión a través de las fronteras o entre las regiones, por el intenso intercambio de personas y productos, es estímulo constante para la labor coordinada y para la organización de la vigilancia continua. Testimonio de este esfuerzo es la erradicación de la viruela, la liberación del yugo de la malaria de 133.5 millones de habitantes, la reducción progresiva de otras infecciones . . .

“En especial, las Américas están unidas en la tarea común dominante, cual es, el destino de los 120 millones de habitantes que aún no tienen acceso a un servicio mínimo de salud. Este es el compromiso solidario, la responsabilidad compartida de todos los gobiernos para dar auténtica vivencia al propósito esencialmente humanitario que guía su cometido social. . . .

“Pero las Américas necesitan estar sólidamente unidas para el futuro inmediato, que hoy se ve incierto por el desequilibrio acentuado entre necesidades y

aspiraciones y recursos e inversiones. De continuar el proceso de inflación que hoy nos asola, no tardarán en dejarse sentir las consecuencias en las tasas de malnutrición, en epidemias posibles de enfermedades transmitidas por vectores y, en general, en mayor morbilidad y mortalidad. Quienes miramos con optimismo el porvenir, confiamos en que se han de encontrar las fórmulas para evitar situaciones extremas que han de afectar a quienes más requieren de atención y de estímulo para llegar a ser lo que pueden”.

Mesa Directiva

El Dr. Enrique Aguilar Paz, de Honduras, fue elegido Presidente de la Conferencia; el Dr. José A. Gutiérrez Muñiz (Cuba) y el Dr. Oliver M. R. Harper (Guyana), Vicepresidentes; el Dr. Hermán Weinstok (Costa Rica), Relator, y el Dr. Abraham Horwitz, Director de la OSP, Secretario *ex officio*.

Ingreso de Las Bahamas

La Conferencia aprobó por unanimidad la solicitud de la Comunidad de Las Bahamas de ingreso en la OPS (Resolución 1). Al ocupar su sitio entre los Miembros de la Organización, la Srta. Margaret McDonald, Delegada de Las Bahamas, agradeció, a nombre de su Gobierno, la admisión de su país y señaló:

“La Comunidad de Las Bahamas se convirtió en Estado independiente y soberano el 10 de julio de 1973. Sin embargo, nuestra asociación con la Organización Panamericana de la Salud precede a ese histórico momento, ya que desde antes hemos disfrutado de los beneficios de la Organización como una dependencia del Reino Unido.

“A principios de 1972, con la ayuda proporcionada por expertos de la OMS y de la OPS, nuestro Ministerio [de Salud] comenzó un plan para reorganizar los Servicios Nacionales de Atención de la Salud, y me complace manifestar que muchas de las propuestas y recomendaciones formuladas por los mencionados expertos han sido puestas en práctica con éxito.

“Ahora que hemos sido admitidos en esta prestigiosa y progresiva Organización como un Miembro más, esperamos entusiasmados participar en el futuro en los programas destinados a alcanzar metas definitivas, no sólo para nuestro país sino para todo el Hemisferio”.

Con el ingreso de Las Bahamas, la Organización cuenta ahora con 30 Miembros.

Informes

Durante cuatro sesiones plenarias, los delegados presentaron los informes de sus respectivos Gobiernos sobre las condiciones y progresos alcanzados en materia de salud en sus países en los últimos cuatro años. Los informes, que comprendían el final de un decenio y el principio de otro, son una fuente muy importante de datos sobre salud en las Américas. Consciente de ello, la Conferencia (Resolución 9) reiteró el gran valor de esos informes para la programación de las actividades del sector salud.

Como complemento de los informes de los países, la OPS presentó a la Conferencia su publicación estadística más importante, *Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972* (Publicación Científica de la OPS 287). También estudió detenidamente y aprobó el *Informe Cuadrienal (1970-1973) y Anual (1973) del Director de la OSP* (Documento Oficial 131), en el que se detallan las actividades de la Organización en ese período a través de los 760 proyectos que se llevaban a cabo en toda la Región.

Elección del Director

La Conferencia procedió entonces a la elección del Dr. Héctor Acuña Monteverde, distinguido higienista de México, como próximo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Dijo el Dr. Acuña en su discurso de aceptación:

“... Quiero que mis primeras palabras sean para hacerles una propuesta formal, para que en reconocimiento a la labor extraordinaria del Dr. Abraham Horwitz como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana durante 16 años, sea nombrado por aclamación Director Emérito de esta Organización... En segundo lugar, quiero dar las gracias a todos ustedes. No únicamente a los que votaron por el Representante de México, sino a todos ustedes que han ejercido un proceso democrático difícil, como ustedes mismos lo han dicho, para seleccionar entre los tres al nuevo Director. Difícil porque el Dr. Abraham Horwitz es un amigo muy querido para nosotros en lo personal y oficialmente para el Gobierno de México. Difícil también para nosotros porque se presentaba un amigo personal mío, el Dr. Rogelio Valladares, de altas calificaciones morales y profesionales.

“Al dar las gracias no puedo dejar de darlas también a aquellas personas que en mi país han permitido lanzar mi candidatura. Me refiero al Sr. Presidente de México, Luis Echevarría Alvarez, y al Sr. Secretario de Salubridad y Asistencia de mi país, el Dr. Jorge Jiménez Cantú. La lista sería interminable, pero alrededor de estas dos personas se ha constituido un equipo de gente de alto valor en mi país, que les ha hecho ver a ustedes la necesidad de un cambio en esta Organización.

“El cambio que nosotros les ofrecemos no es de personas, y difícilmente podríamos y querríamos compararnos con las altas cualidades y la grandísima experiencia del Dr. Horwitz. Ustedes lo han dicho, los cambios son de otro tipo, no son de personas lo que queremos. Yo espero crear entre ustedes un clima que permita introducir cambios a tono con los tiempos en que vivimos, un cambio a tono con los verdaderos deseos o por lo menos lo que nosotros trataremos de interpretar como los verdaderos deseos de los países de este Continente, por estar más unidos, por hacer mejor la labor que tenemos encomendada no únicamente al Director, sino también a ustedes, los países, los verdaderos dueños y responsables de la marcha de esta Organización.

“Contando pues con su venia y con su aprobación, con su colaboración sobre todo, espero durante estos próximos cuatro años llevar a cabo las funciones que me indiquen. Ustedes me ilustrarán acerca de las actividades y las funciones que debe llevar a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana. Pero también unas palabras para la Secretaría de la Organización.

“El personal profesional, técnico y administrativo de la Organización es indispensable, es participante y en gran medida responsable del éxito o del fracaso de las actividades de esta Organización. También espero contar con su colaboración:

para que respondamos conjuntamente a las demandas, a las exigencias de los dueños de esta Organización. Muchas gracias”.

El Dr. Acuña nació en Sonora, México, el 24 de septiembre de 1921. Obtuvo el grado de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México en 1947, y el grado de “Master” en Salud Pública de la Universidad de Yale en 1951.

Desde muy temprano en su carrera, el Dr. Acuña pudo apreciar plenamente los problemas internacionales de salud al actuar como Epidemiólogo de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salud Pública, organismo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México. Más tarde fue Director-Médico de esa misma Dirección.

Ingresó a la OSP en 1954, y, durante los ocho años siguientes, desempeñó el cargo de Asesor Médico Jefe en la República Dominicana, en El Salvador y en Guatemala. Durante ese mismo período, además de cumplir sus labores oficiales, fue Profesor Visitante de Medicina Preventiva y Salud Pública de las Universidades de Santo Domingo, Puerto Rico, El Salvador y Guatemala. En 1962 se trasladó a la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental, donde fue Representante de la OMS y Asesor Médico Jefe en Paquistán. Al regresar a su país en 1964, ocupó diversos cargos públicos y privados, y en 1971 fue nombrado Director de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, cargo que ha desempeñado hasta el presente.

El Dr. Acuña es miembro activo de asociaciones científicas y profesionales, tanto de México como de Estados Unidos de América, Guatemala, Paquistán y República Dominicana. Por sus labores científicas y docentes ha recibido condecoraciones del Gobierno de su país, de la República Dominicana y de Guatemala. Es autor de numerosas publicaciones científicas.

El Director de la OSP es también Director de la Oficina Regional de la OMS para las Américas, que es una de las seis que esa Organización tiene en distintas regiones del mundo. Al ser electo, el Dr. Acuña fue postulado también para el cargo de la OMS, el que se formalizará durante la próxima sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que se realizará en enero de 1975 en Ginebra, Suiza.

Nombramiento del Dr. Horwitz como Director Emérito

Según la propuesta hecha por el Dr. Acuña en su discurso, el Dr. Abraham Horwitz fue designado Director Emérito de la OSP, en reconocimiento de la extraordinaria labor realizada durante los 16 años en que ha desempeñado ese cargo.

Elección de Miembros del Comité Ejecutivo

Bolivia, Estados Unidos de América y Jamaica fueron elegidos para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años, por haber llegado a su término los mandatos de Barbados, Canadá y El Salvador.

Presupuesto de la OPS

La Conferencia también aprobó un presupuesto para la Organización para 1975 de EUA\$27,440,160. Junto con la asignación de la OMS para la Región de las Américas y otras contribuciones, el presupuesto de la Organización para 1975 será de \$55,413,524.

Entre las diversas asignaciones importantes en el presupuesto para 1975 figuran las siguientes: \$8,570,272 para la lucha contra las enfermedades transmisibles; \$5,618,699 para saneamiento del medio; \$5,418,090 para el desarrollo de instituciones docentes; \$8,827,430 para salud de la familia y dinámica de la población, y \$4,484,950 para nutrición.

Actividades específicas de salud

La Conferencia trató de una gran variedad de temas relacionados con el trabajo de la OPS en campos específicos de la salud, como se resume a continuación.

Planificación y coordinación

Se aprobaron varias resoluciones relacionadas con el tema de planificación y coordinación de las actividades de salud. En una de ellas (Resolución 29) se recomendó a los Gobiernos Miembros que fortalezcan sus propios mecanismos internos para dirigir y coordinar sus actividades de salud. La Resolución 15 se refiere a la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas en cada país. La Resolución 11 trata de las relaciones entre el plan regional y el Quinto y Sexto Programa General de Trabajo de la OMS.

Educación

Se aprobaron asimismo varias resoluciones referentes a actividades de educación. Una de ellas (Resolución 33) da apoyo a los esfuerzos de la OPS para proporcionar libros de texto de medicina y de enfermería y equipo básico para estudiantes de medicina. Otras (Resoluciones 23 y 28) destacan la necesidad de implantar y mejorar los programas de educación continua, y de aumentar el número de enfermeras adiestradas en las Américas.

Enfermedades transmisibles

Malaria. La Conferencia tomó nota (Resolución 26) de que algunos países habían alcanzado la meta de la erradicación de la malaria, mientras que otros tenían problemas que obstaculizaban los programas. Por lo tanto, recomendó que los Gobiernos y el Director de la OPS estudiaran esos problemas e intensificaran las actividades de investigación para solucionarlos. Asimismo encareció a los Gobiernos de los países donde el progreso del programa ha sido lento a que intensifiquen sus

esfuerzos contra la malaria, dando especial atención al financiamiento oportuno y a la administración eficiente del programa.

Enfermedades entéricas. Considerable atención se dedicó a estas enfermedades, que fueron el tema de las Discusiones Técnicas celebradas durante la Conferencia. Esta tomó nota del resultado de las Discusiones (Resolución 38) y recomendó que los países hicieran un esfuerzo especial para el control de las enfermedades entéricas, incluyendo el abastecimiento adecuado de agua, el saneamiento del medio, conservación y manipulación adecuada de alimentos, etc.

Enfermedades parasitarias. La Conferencia recomendó asimismo a los países (Resolución 25) que procuren conceder creciente atención al estudio de las enfermedades parasitarias, a fin de facilitar su control.

El ambiente

En relación con los problemas ambientales, la Conferencia solicitó (Resolución 24) a la OSP que intensificara su colaboración con los programas nacionales de salud del ambiente y que continuara sus esfuerzos para buscar recursos de otros organismos e instituciones internacionales en apoyo de estos programas. En la Resolución 14, recomendó que se hicieran esfuerzos especiales para disminuir la contaminación bacteriológica del agua potable.

Salud mental

La Conferencia, tomando en cuenta la baja prioridad que generalmente se otorga a los trastornos psiquiátricos en las Américas, recomendó (Resolución 39) a los países que traten de corregir los defectos inherentes al sistema tradicional de atención de estos padecimientos, otorgando atención especial a la formación en psiquiatría, y a las investigaciones que proporcionen información para evaluar las necesidades de salud mental de cada país. Asimismo recomendó el establecimiento de centros para estudiar problemas especiales tales como alcoholismo, abuso de drogas y trastornos ligados a la delincuencia.

Situaciones de emergencia

La Conferencia recomendó a los países (Resolución 43) que establezcan con carácter permanente organizaciones nacionales responsables de velar por el establecimiento de medidas contra catástrofes—como la de Nicaragua en 1972 y la reciente de Honduras—y de coordinar las acciones de todas las instituciones, tanto públicas como privadas. Instó a la OPS a que refuerce la unidad que ya se ocupa de esas emergencias y que designe un comité permanente de apoyo y asesoramiento a los países, y que fortalezca las relaciones con la Oficina de las Naciones Unidas en Casos de Desastre, el Fondo Interamericano de Asistencia para Situaciones de Emergencia de la OEA, así como la Cruz Roja Internacional, a fin de proporcionar la ayuda más efectiva posible cuando ocurren estos desastres.

Otras resoluciones

En la Resolución 45 la Conferencia encomendó al Director que se lleve a cabo un estudio de la demanda y disponibilidad de sangre y hemoderivados en las Américas, y en la Resolución 34 agradeció a los Ministros de Agricultura y de Salud de los Gobiernos Miembros sus esfuerzos en el control de las zoonosis.

Reseñas

LA OPS Y SUS PUBLICACIONES

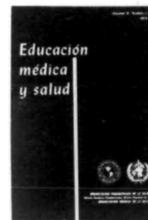
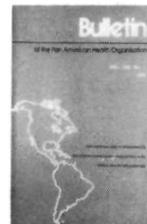
El programa de publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud colabora ampliamente con los Gobiernos y las instituciones relacionadas con la salud pública en sus esfuerzos por contribuir al bienestar de la población de las Américas. A través de cinco publicaciones periódicas y de las series de publicaciones científicas, documentos oficiales y otras publicaciones, se informa a la comunidad biomédica y al público en general sobre acontecimientos de interés en relación con la prevención de las enfermedades, el fomento de la salud, y el desarrollo de la educación en ciencias de la salud.

PUBLICACIONES PERIODICAS

El **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual que se publica desde hace 52 años, presenta artículos científicos de expertos internacionales, tanto de las Américas como de otras Regiones, e incluye informes, noticias y reseñas de libros de interés para la salud pública. Los artículos tratan de problemas de salud pública en el Hemisferio, tales como cáncer, enfermedades venéreas, nutrición, alcoholismo y accidentes del tránsito, enfermedad de Chagas, protección radiológica, abuso de las drogas, programas de vacunación y fluoruración.

El **Bulletin of the Pan American Health Organization** es la revista técnica trimestral en inglés de la Organización. Contiene selecciones de la edición en español y material de otras fuentes de interés para los lectores de habla inglesa. Ha incluido artículos sobre tuberculosis, poliomielitis, enfermedades venéreas, zoonosis, malnutrición y retraso mental. Contiene también noticias y reseñas de libros.

Educación médica y salud está destinada a apoyar las actividades de desarrollo de recursos humanos de los países, difundiendo técnicas modernas en el campo de la educación. En sus páginas aparecen artículos de expertos de toda la Región. Los últimos números se han dedicado a tendencias modernas en educación médica, educación continua de profesionales, planificación de recursos humanos, información y documentación en ciencias de la salud, tecnología educacional para la salud y escuelas de salud pública. Aparece trimestralmente.



La **Gaceta** se publica en español e inglés cuatro veces al año. Da a conocer, de manera clara y sencilla, al público en general, la labor que realizan los Gobiernos y la Organización en todos los sectores de la salud pública. Sus artículos versan sobre gran variedad de temas, tales como el ambiente, vacunas, malnutrición, control de drogas, desarrollo urbano, mortalidad en la niñez y enfermería.



El **Informe Epidemiológico Semanal** presenta un resumen de la información sobre casos notificados de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, recibida de las autoridades de salud de cada país.

PUBLICACIONES CIENTIFICAS

Cerca de 300 títulos han aparecido en la serie de publicaciones científicas de la Organización, que comprende informes de reuniones técnicas y trabajos originales sobre problemas importantes relacionados con la salud pública en la Región. Algunos de los publicados recientemente se reseñan a continuación:



SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS
162 págs. Pub. Cient. No. 288. EUA\$2.00

Incluye el informe final y documentos presentados en un seminario convocado por la OPS para discutir los conceptos básicos y la integración de las actividades de vigilancia epidemiológica en sistemas coherentes y determinar los conocimientos que son necesarios para lograr una vigilancia efectiva de enfermedades específicas.

ASPECTOS DE LABORATORIO PARA EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS

28 págs. Pub. Cient. No. 273. EUA\$0.50.

Se describen los procedimientos técnicos a seguir para realizar cada una de las reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis, y se ofrece información sobre equipo y empleo de sueros de control; reacción de anticuerpos treponémicos fluorescentes; reacciones con líquido cefalorraquídeo; examen de campo oscuro y notificación e interpretación de las pruebas.



SERVICIOS DE ALIMENTOS EN INSTITUCIONES

Por B.B. West, L. Wood y V.R. Harger

240 págs. Pub. Cient. No. 270. EUA\$2.00.

Trata de la organización y administración de los servicios de alimentos, así como de su saneamiento, seguridad y control sanitario. Destaca los aspectos físicos y ambientales que influyen sobre la fatiga del trabajador en el desempeño de sus tareas, sugiriendo métodos para mejorar el trabajo.

ENSEÑANZA DE ENFERMERIA INTEGRADA A LA EDUCACION MEDIA

40 págs. Pub. Cient. No. 274. EUA\$0.50.

Presenta consideraciones generales destinadas a orientar a los países en el desarrollo de programas de estudio de enfermería de nivel medio, integrados a la enseñanza secundaria.



NUTRICION, DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO SOCIAL
384 págs. Pub. Cient. No. 269. EUA\$3.50.

Se refiere a la elaboración de una prueba de comportamiento que pueda aplicarse a distintos niveles culturales; a la identificación de aspectos característicos del crecimiento de la cognición, asociados a la tensión nutricional, y a la distinción entre el efecto de la desnutrición y los efectos causados por otras privaciones sociales que se cree influyen en el progreso intelectual del niño.

PLANIFICACION DE LA SALUD EN LAS AMERICAS

72 págs. Pub. Cient. No. 272. EUA\$0.50 (Publicada también en inglés).

Trata del desarrollo de la planificación en América Latina y de la labor del Centro Panamericano de Planificación de la Salud, describiendo sus propósitos, objetivos y programas de adiestramiento e investigación.



EPIDEMIOLOGIA - GUIA DE METODOS DE ENSEÑANZA
252 págs. Pub. Cient. No. 266.

Versión en español del original en inglés de la Asociación Internacional de Epidemiología. Trata de la planificación de programas educacionales; ejercicios en la solución de problemas; enseñanza en el hospital, en el centro de salud y en la comunidad.

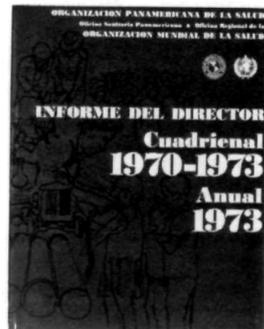
DOCUMENTOS OFICIALES

Esta serie incluye los informes finales y actas de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS, los Documentos Básicos, el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización y el Informe Anual del Director de la OSP.

El más reciente que ha aparecido es el siguiente:

INFORME CUADRIENAL (1970-1973) y ANUAL (1973) DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
398 págs. Doc. Of. No. 131 (Publicado también en inglés)

Da cuenta de las múltiples actividades de la Organización en el cuatrienio para colaborar con los Gobiernos en sus actividades de salud. Se perciben los progresos alcanzados en la erradicación de enfermedades, saneamiento del medio y desarrollo de recursos humanos. Asimismo se informa de la consolidación de las acciones en campos tales como la planificación y las investigaciones. La segunda parte del Informe detalla lo realizado en los 760 proyectos en marcha durante 1973 en los diversos campos de acción de la OPS.



INDICE DEL VOLUMEN 8 (1974)

- Acosta Sierra, Clemente E., 297
 Actitudes de estudiantes de medicina de primer año, 56-75
 Alvarez Manilla, José Manuel, 150, 180, 205
 Arends, Tulio, 24
 Argentina, papel de las escuelas de salud pública en, 252-262
 Arouca, A. T., 106
 Arouca, S., 106, 331
 Arqueología de la medicina, 331-346
 Autoenseñanza, sistemas de, 150-157
- Barreto, Dimitri, 347
 Barrios de la Rosa, Andrés, 205
 Becas, programa de la OPS, 226-227
 Bedolla, Miguel, 205
 Belaciano, Mourad I., 56
 Beltrán, Fernando, 205
 Benavides, Iván, 205
 Brust, Héctor, 205
- Castello, Jorge, 305
 Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), 137-138, 140-204
 Ciencias de la salud, información y documentación en, 5-23
 Ciencias sociales aplicadas a la medicina, aspectos teóricos, 354-359
 Ciencias sociales aplicadas a la salud, evaluación de un curso de, 56-75
 Comité de Expertos de la OPS/OMS en enseñanza de patología, 408-419
 enseñanza de salud mental, 420-427
 Computadoras, uso de, en la evaluación de la formación, 191-204
 Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina (VIII)
 documentos de trabajo, 233-316
 Informe Final, 317-320
 participantes y observadores, 321-324
 reseña, 121
Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, 125
 Conferencia Sanitaria Panamericana (XIX), 428-436
- Consideraciones generales sobre evaluación de escuelas de salud pública, 244-251
 Cordeiro, Hesio, 56
- Decisión de estudiar enfermería, 390-407
 Distribución de estudiantes de medicina en las Américas, 360-389
 Domínguez, Constantino, 305
- Educación en enfermería, contribución de la Fundación Kellogg, 325
 Educación e investigación biomédicas, las revistas médicas en la, 33-43
 Educación médica del graduado, 347-354
 Educación odontológica en países en desarrollo, 76-105
 Enfermería, la decisión de estudiar, 390-407
Enseñanza de enfermería integrada a la educación media, 124
 Enseñanza de medicina en el futuro, 150-157
 Escuelas de salud pública, VIII Conferencia, 121-123, 233-324
 Estudiantes de medicina—su distribución en las Américas, 360-389
 Evaluación
 de un curso de ciencias sociales aplicadas a la salud, 56-75
 de escuelas de salud pública, 233-238, 244-251, 263-278
 del rendimiento del ex alumno, 297-304
- Facultades de medicina tradicionales e innovadas, 106-120
 Fernández de Lavista, Rosa Martha, 180
 Ferreira, José Roberto, 131
 Formación de personal de salud pública, 239-243
 Formación de personal de salud y tecnología educacional, 131-139, 140-149
Formación teórica y práctica del personal docente de las escuelas de medicina y de ciencias de la salud, 230
 de la Fuente, Ramón, 205

- Galvão Lobo, Luiz Carlos, 140, 158
 García, Juan C., 390
 García Alonso, Humberto, 205
 García Bates, Alicia, 263
 Gaspar, Eneida D., 56
 Goić, Alejandro, 33
 Gomes de Souza, Arlindo Fabio, 289
 Graduado, educación médica del, 347-354
Grupo de Estudio sobre la Formación del Psiquiatra, 228
 Guzmán García, Jesús, 205
- Hermida, César, 347
 Hernández, Horacio H., 44
 Hernández, Jorge, 180, 205
 Horwitz, Abraham, 233
- Información biomédica, experiencias sobre centros de, en América Latina, 44-55
 Información en ciencias de la salud, 5-23
 Intriago Morales, Raymundo, 244
- Jouval, Henri E., Jr., 158
- Kalache, Alexandre, 191
- Laguna García, José, 205
 Lector, responsabilidad del, 1-3
 León, Mario, 305
 Literatura científica internacional, Venezuela en la, 24-32
 Luján, Humberto, 205
- Machado Coelho, Maria Alice, 191
 Márquez, Miguel, 1, 331
 Medicina, arqueología de la, 331-346
 Medicina, ciencias sociales aplicadas a la, 354-359
 Medicina del futuro, metodología de la enseñanza de la, 150-157
- Nascimento, Guiomar Matos, 56
 Neghme, Amador, 5
 Nerí, Aldo Carlos, 252
 Noticias, 121-123, 226-227, 325, 428-436
- Padín y de Lima, Felipe, 180
 Papel de las escuelas de salud pública según la experiencia argentina, 252-262
- Patología, enseñanza de, en escuelas de medicina, 408-419
 Patrón, Alejandro, 305
 Peregrina Pellón, Luis, 244
 Perrone, Néstor, 263
 Perú, utilización de egresados de la Escuela de Salud Pública, 305-316
 Pinotti, J. A., 106
 Plan de estudios para actividades de salud pública, 289-296
 Plan de estudios experimental de medicina general, 205-225
Planificación de la salud en la América Latina, 125
 Problema de la evaluación en escuelas de salud pública, 263-278
 Proceso de selección y formación de personal en salud pública, 279-288
 Publicaciones científicas, el lector y las, 1-3
 Publicaciones de la OPS y de la OMS, reseñas de, 124-126, 228-230, 326-328, 437-439
 Pucheu, Carlos, 205
- Reseñas, 124-126, 228-230, 326-328, 437-439
 Restrepo Gallego, Darío, 76
 Revistas médicas, papel de, 33-43
 Rodríguez, María Isabel, 360
 Rodríguez Domínguez, José, 205
- Salud mental, enseñanza de, en escuelas de medicina, 420-427
 Sempertegui, Fernando, 347
- Taddei, José Augusto A., 56
 Técnicas de simulación en educación médica, 158-179
 Tecnología educacional en la formación de personal de salud, 131-139
 uso de, 140-149
 Televisión educativa, 180-190
- Uso do computador na avaliação formativa, 191-204
 Uso de nova tecnologia educacional na formação de recursos humanos, 140-149

Uso de técnicas de simulação em educação médica, 158-179

Utilización de los servicios de egresados de la Escuela de Salud Pública del Perú, 305-316

Valor de la evaluación del rendimiento del ex alumno, 297-304

Vasconcelos, Rubén, 205

Vega Cervantes, Sergio Arturo, 180

Vélez A., Luciano, 279

Venezuela, participación de, en la literatura científica internacional, 24-32

Verderese, Olga, 390

Villarreal, Ramón, 239

Yépes L., Francisco, 279

Yépez, Rodrigo, 347

Zuluaga T., Héctor, 279

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educativos e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

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

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

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

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

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

NOTICE TO AUTHORS

Educación médica y salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

Index Medicus standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

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

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

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

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

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

En el próximo número de *Educación médica y salud*, Volumen 9, No. 1 (1975), aparecerán los siguientes artículos:

METODOLOGIA EDUCACIONAL

- La aplicación de principios pedagógicos a la enseñanza médica
- El sistema escolar
- El conocimiento
- Trabajo-estudio
- El discurso médico
- El docente
- El aprendizaje
- Comunicación
- Organización de las actividades del aprendizaje
- Conducción de las actividades del aprendizaje
- Evaluación del aprendizaje

LAS CIENCIAS FISIOLÓGICAS EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

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

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

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

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

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS	Argentina Barbados Bolivia Brasil Canadá Colombia Costa Rica	Cuba Chile Ecuador El Salvador Estados Unidos de América Guatemala	Guyana Haití Honduras Jamaica México Nicaragua Panamá	Paraguay Perú República Dominicana Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela
-------------------------------------	--	---	---	---

GOBIERNOS PARTICIPANTES	Francia	Reino de los Países Bajos	Reino Unido
--------------------------------	---------	---------------------------	-------------

OFICINAS DE ZONA

Zona I, Apartado 6722 Caracas, Venezuela	Zona III, Apartado 383 Guatemala, Guatemala	Zona V, a/c Ministério de Saúde 8° Andar, Esplanada dos Ministerios Brasília, D.F., Brasil
Zona II, Havre 30, 3 ^{er} piso México, D.F., México	Zona IV, Casilla 2117 Lima, Perú	Zona VI, Charcas 684, 4° piso Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo	509 U.S. Court House El Paso, Texas, E.U.A.
-------------------------	--

OFICINA CENTRAL	525 Twenty-Third Street, N.W. Washington, D.C. 20037, E.U.A.
------------------------	---

Contenido

ARQUEOLOGIA DE LA MEDICINA

EDUCACION MEDICA DEL GRUADO—BASES DOCTRINARIAS

**ASPECTOS TEORICOS DE LAS CIENCIAS SOCIALES
APLICADAS A LA MEDICINA**

**EL ESTUDIANTE DE MEDICINA—SU DISTRIBUCION
EN LAS AMERICAS, 1971-1972**

LA DECISION DE ESTUDIAR ENFERMERIA

ENSEÑANZA DE PATOLOGIA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

ENSEÑANZA DE LA SALUD MENTAL EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

XIX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

LA OPS Y SUS PUBLICACIONES

