

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE
LIBROS DE TEXTO DE LA OPS/OMS PARA LA

Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina¹

La Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina se celebró en Washington, D.C., del 5 al 13 de septiembre de 1974.

INTRODUCCION

La transformación de los programas clásicos de higiene en programas de medicina preventiva, que se observó a principios de la década de 1950, puede ser considerada como parte de propuestas más amplias y de proyectos ambiciosos que ocurrieron en el proceso de la educación

¹ El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros: Dr. José Manuel Álvarez Manilla, Facultad de Medicina, Programa A-36, Universidad Nacional Autónoma de México, México; Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil; Dr. Oscar Echeverri (Relator), Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia; Dr. Jarbas Leite Nogueira (Relator), Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil; Dr. Ernesto Medina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Chile, Santiago, Chile, y Dra. María del Carmen Troncoso (Presidenta), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad del Litoral, Rosario, Argentina. Como asesores del mismo actuaron: Dr. Hesio Cordeiro, Departamento de Medicina Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guanabara, Brasil; Dr. Sebastião Loureiro da Silva, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Bahía, Brasil; Dr. Helenio Ferrer, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba; Dr. Rami Rada, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela; Dr. Jesse Tapp, Departamento de Medicina Comunitaria, Centro Médico de Arizona, Tucson, Arizona, E.U.A., y Dr. Myron Wegman, Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan. Del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS, estuvieron presentes: Dr. José Roberto Ferreira (Jefe), Dr. Juan César García, Dr. Luis Ernesto Giraldo, Dr. Miguel Márquez, Dr. Edgar Muñoz, Dr. Juan V. Pillet, Dr. José Romero Teruel y Dr. Carlos Vidal. Asistió, además, el Dr. Abelardo Temoche, del Departamento de Estadísticas de Salud, OPS/OMS.

médica. A su vez, las tentativas de reformulación de la enseñanza de la medicina que caracterizaron a este período, están relacionadas con los reajustes en el panorama político y socioeconómico ocurridos después de la Segunda Guerra Mundial.

Las Conferencias sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva realizadas en 1952 y 1953 en los Estados Unidos de América, Francia e Inglaterra,² fueron seguidas de los Seminarios de Viña del Mar, Chile (1955) y Tehuacán, México (1956),³ y estuvieron destinadas a establecer normas para la incorporación de la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas médicas de América Latina. Las recomendaciones de estas reuniones—tomando en consideración las diferencias propias del nivel de desarrollo social existente en los países participantes—se inspiraron fundamentalmente en las ideas de la medicina integral, y en vista de las exigencias sociales de aquella época, se buscó con este modelo una racionalización de las instituciones de salud y atención médica mediante un cambio en el médico, reconocido como agente central de la atención médica.

Los propósitos de las reuniones de Viña del Mar y Tehuacán se cumplieron en su parte estructural con la incorporación de las diferentes disciplinas de medicina preventiva a los planes de estudio, pudiendo considerarse su desarrollo como uno de los hechos más sobresalientes en el campo de la educación médica en el período de 1950 a 1959.

La Primera Reunión del Comité de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social,⁴ celebrada en 1968, señaló con bastante detalle los objetivos específicos de la enseñanza y el contenido de las materias que comprendían los principales programas de medicina preventiva y social existentes en América Latina en aquel momento. En ese mismo período, la Organización realizó un amplio estudio con el objeto de analizar la enseñanza de la medicina preventiva y social en la Región, así como todo el proceso de formación de médicos y su relación con la práctica médica y la estructura social, que culminó con la publicación del libro *La educación médica en la América Latina* (de J. C. García), en 1972.⁵

²Se refiere a la Conferencia de Colorado Springs (EUA), en noviembre de 1952 (para Canadá, EUA y Jamaica), a la de Nanci (Francia), en diciembre de 1952 (para los países de Europa Occidental), y a la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en Londres en agosto de 1953, que dedicó una de sus cuatro sesiones al mismo tema.

³Véase *Publicación Científica de la OPS 28* (1957), y *Bol. Of. Sanit. Panamer 41* (1960), 55.

⁴Véase *Educación Médica y Salud*, Volumen 3, No. 2 (1969), 132-155.

⁵*Publicación Científica de la OPS 255* (1972).

Otros intentos aislados de evaluación de los programas de enseñanza de la medicina preventiva no fueron precedidos, en general, por un examen sistematizado de la naturaleza y del significado de los objetivos, ni tomaron en cuenta determinantes fundamentales de la proposición de estos programas. Por tanto, cuando se confrontan las metas que se lograron con los objetivos inicialmente formulados, y se concluye que estos propósitos no fueron alcanzados, no es posible determinar con precisión si fallaron los programas o si el problema radicaba, en realidad, en la fijación de metas idealmente definidas.

Las ambiciosas metas de llegar a una transformación de las prácticas de salud, y especialmente de la atención médica, a través de la formación de un profesional capacitado para producir estos cambios, no lograron concretarse; en cambio, se produjo en forma correlativa, la incorporación aislada de servicios de medicina preventiva dentro de algunos programas de atención médica hospitalaria.

LA SOCIEDAD Y LA PRACTICA MEDICA

En cada formación social concreta la educación médica cumple un papel fundamental en la reproducción de la organización de los servicios de salud y se cristaliza en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico. Además de esto, es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica. Los elementos ideológicos producidos y difundidos por las asociaciones médicas en las publicaciones y por otros medios, y los transferidos día a día en la relación profesor-alumno, cumplen un papel en la preservación de una práctica y un saber.

Los elementos anteriormente señalados constituyen factores importantes en la perpetuación de las formas actuales del ejercicio de la medicina. Asimismo, si se examinan las formas crecientes de la intervención del Estado en la racionalización de las relaciones públicas y privadas del sistema de salud se descubren otras posibles repercusiones sobre la enseñanza de la medicina en general y de la medicina preventiva en particular. En América Latina, la intervención del Estado tiende generalmente a la creación de mecanismos de financiamiento de atención médica, a través de los seguros sociales que cubren a algunos

sectores de población, particularmente en lo relativo a personas que laboran en actividades económicas de tipo secundario y terciario.

Las proposiciones generales que han orientado la formulación de programas de enseñanza de medicina preventiva no han considerado con una perspectiva adecuada la organización de la atención médica y su mercado de trabajo, ni tampoco los determinantes históricos de esta estructura en sociedades concretas. Parten de una visión incompleta respecto de la atención médica, de la salud pública y de otras prácticas específicas en la estructura social, y por tanto resultan de eficacia limitada. De esta manera se producen, por ejemplo, las propuestas para formar un médico de familia capaz de ejecutar medidas preventivas y curativas y de "atender al paciente en su integridad bio-psico-social", "formar al médico que el país necesita", etc. Además, de estas proposiciones resultan las recomendaciones de modificaciones parciales de programas de medicina preventiva y la introducción continua e indiscriminada de nuevos contenidos y métodos de enseñanza que poco o nada favorecen el alcance de los efectos deseados expresados en los objetivos definidos idealmente.

El análisis de las condiciones y posibilidades de enseñanza de la medicina preventiva debe hacerse dentro de un marco representado por un conjunto articulado de elementos de organización y prestación de servicios, y el proceso de formación profesional, en una perspectiva histórica.

El Comité consideró necesario que en vez de agregar nuevos contenidos al campo imprecisamente delimitado de la medicina preventiva, sería preferible la delimitación de este campo dentro de una perspectiva más realista de las posibilidades de enseñanza de la medicina y de las limitaciones en su eficacia como determinante de la forma en que las prácticas de la atención médica y de la salud asumen en un momento determinado en cada formación social concreta.

Esta delimitación del campo, sería seguida por transformaciones cualitativas de los contenidos de los programas que se reflejarían en la estructuración de las actividades en el ámbito de las organizaciones de los departamentos.

EL OBJETO DE LA MEDICINA SOCIAL

Al hablar del objeto de la medicina social, en realidad lo que se trata es de buscar la definición de su objeto de estudio y de enfatizar el carácter dinámico y transformador que debe tener esta disciplina, y la necesidad de una reflexión continua sobre su mismo objeto.

Anteriormente la preocupación radicaba en preparar un médico que estuviera capacitado para "ver" al enfermo en forma integral. Para esto la medicina preventiva desarrolló programas de enseñanza tendientes a formar en el profesional una mentalidad "preventiva" y llamó la atención sobre los aspectos bio-psico-sociales de las enfermedades. Ahora se trata de que la medicina social estudie las instituciones que proporcionan atención de salud y los esquemas de acción médica que de ellas resultan. Esto permitirá al futuro profesional tener clara conciencia del resultado de su actividad dentro del contexto social en que se ubicará. Además, se cuestiona que el médico es un agente de cambio, lo que implicaría limitar la investigación y enseñanza de la medicina preventiva, un objetivo que en realidad es de la responsabilidad de toda la institución formadora de la estructura de la práctica médica y del sistema social. Lo que se busca es enfatizar el interés por el conocimiento de las formas en que se presenta la atención médica y sus determinantes, reconociendo que en los diferentes momentos de evolución de las estructuras sociales hay instancias que ejercen dominación dentro de las acciones de la medicina. Esta dominación se caracteriza no solo por la inversión de los recursos en su área específica, sino también por el predominio de categorías profesionales a ella dedicados, y por la atracción política por ella ejercida.

Hubo consenso en el Comité de que en la actualidad lo que se caracteriza bajo la denominación de atención médica se refiere al conjunto de acciones de diagnóstico y terapéutica dirigidas al consumidor individual, y se las considera como hegemónicas en el conjunto de las acciones en medicina en la mayoría de los países de la América Latina, y por lo tanto ejerce su dominio hacia los demás proyectos orientados hacia la salud colectiva, tales como la salud pública y la medicina comunitaria.

El Comité estuvo de acuerdo en considerar como objeto de la medicina social el estudio de las acciones en medicina, entendiéndose por tal el campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud. Teniendo este objeto como su preocupación principal, la medicina social trata de estudiar la sociedad, de analizar las formas corrientes de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica. Específicamente, el análisis de la atención médica bajo la conceptualización anteriormente descrita permitirá el entendimiento de su evolución, los factores y circunstancias que en ella influyen en los diferentes momentos, y los mecanismos de control que podrían asegurar una transformación de la práctica médica para mayor beneficio de la población.

Gran parte de la enseñanza de las acciones preventivas ya ha sido incorporado en la enseñanza de las ciencias de la salud. Lo que se propone además es estimular a las unidades de medicina preventiva para hacer sustituciones e incorporaciones en sus funciones de docencia, servicio e investigación, junto a la institución formadora y dentro de esta nueva conceptualización.

El planteamiento de este objeto exigirá de las unidades de medicina social un gran esfuerzo de investigación, formulación de nuevas hipótesis, y utilización de nuevas metodologías para completar el análisis de la atención médica.

Así como anteriormente las proposiciones o énfasis en la medicina integral y en los aspectos preventivos de la medicina son objeto de toda la medicina, también el énfasis en estudiar las acciones en salud no es del dominio exclusivo de la medicina social. Es deseable que los demás departamentos de las escuelas de medicina y de otras profesiones en salud aumenten sus esfuerzos con el fin de analizar las acciones de la medicina en sus campos específicos. La necesidad de más estudios demuestra el carácter innovativo de esa propuesta.

ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA

La introducción de la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas latinoamericanas de medicina llevó a la creación de nuevas unidades administrativas. En otros casos, se encargaron de esa enseñanza unidades afines de la institución, creando una sección propia o responsabilizando de ella a algunos de los docentes interesados. Esto, tomado inicialmente con carácter temporal, en algunas escuelas llegó a constituir una real unidad de docencia.

La imprecisión del objeto de la enseñanza, analizado anteriormente, y la idea común de que para cada campo del conocimiento se debería crear una disciplina o asignatura con su correspondiente carga horaria, llevó al desarrollo de una gran variedad de tipos de organización administrativa y de planes de estudio o programas de enseñanza. La agregación de temas o títulos representativos de áreas del conocimiento, a veces bastante independientes, caracterizó el establecimiento de las unidades de medicina preventiva.

A partir de los seminarios de Viña del Mar y Tehuacán, la selección de los temas se hizo más bien en función de la ausencia de los mismos en el currículo que en función de un objeto común de enseñanza de la unidad o de la escuela. Los seminarios mencionados consideraron como

temas más convenientes para ser incluidos en el curso: bioestadística; epidemiología; saneamiento; problemas medicosociales de la familia, de la comunidad y del país; antropología social y ecología; técnicas de educación para la salud; medicina ocupacional, y conocimiento de las organizaciones de medicina sanitaria y asistencial. Estos temas fueron considerados como propios de las unidades de medicina preventiva. Dichas unidades buscaron también poner en práctica la sugerencia de que todo el currículo incluyera ideas de prevención, haciendo un gran esfuerzo por integrar la enseñanza de varios temas con las diferentes unidades docentes de las escuelas.

A causa de la extensa variedad de los programas, el Primer Comité de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social se preocupó por enumerar los contenidos mínimos de la enseñanza de medicina preventiva y social, agrupados en las grandes áreas disciplinarias que ese Comité reconoció en las escuelas de medicina, a saber:

Principios y técnicas básicas

- Medicina cuantitativa. Estadística
- Epidemiología
- Control del ambiente
- Ciencias de la conducta
- Principios de organización y administración

Aprendizaje de las responsabilidades preventivas del médico

- Prevención primaria
- Prevención secundaria y rehabilitación

Los temas incluidos en la enseñanza de la medicina preventiva originalmente estuvieron influenciados por los cursos tradicionales de salud pública, donde el conocimiento teórico tenía una correspondiente área de aplicación. Al incorporar estos temas en los cursos médicos algunos de ellos pudieron adaptarse a los problemas de atención colaborando al conocimiento diagnóstico y de interpretación causal de las enfermedades. Así se podría reconocer la bioestadística y la epidemiología. El área de planificación en salud, en algunas escuelas y en época más reciente, empezó a ser considerado y adaptado a los programas de enseñanza, posiblemente en base a las experiencias de medicina comunitaria. Sin embargo, otros temas—como saneamiento, educación para la salud, medicina ocupacional y demografía—no lograron una correspondencia en prácticas de aplicación de su cuerpo teórico en los cursos, persistiendo casi siempre como cursos aislados, teóricos en esencia, y con algunas visitas de observación a programas de salud pública que los ejemplifiquen.

Otra condición que influyó en la estructura de las unidades de medicina preventiva fue la búsqueda de mecanismos que permitieran permear todo el currículo con las ideas de prevención, asumiendo, en forma unilateral e independiente del conjunto de la institución, la responsabilidad de transformación del estudiante en el médico integral deseado. Esto llevó a la necesidad de integración de la enseñanza con otras unidades para distribuir los temas en la extensión del curso médico. La integración resultó con frecuencia en contactos artificiales con las otras áreas de enseñanza y en sobrecarga de actividades docentes para los reducidos profesores de medicina preventiva.

En la situación descrita se ve como meta la misión de las unidades de medicina preventiva en extender a la escuela el proyecto ideal de la medicina integral. Para cumplir con las distintas funciones que se proponían, gran número de docentes de medicina preventiva tuvieron la preocupación de estudiar métodos y técnicas de enseñanza, asumir posiciones en comisiones de la institución encargadas de planear cambios curriculares, etc. En algunos casos se constituyeron en los únicos interesados en los problemas de atención médica de la facultad. Esto puede ser considerado positivo toda vez que sirvió de estímulo a cambios en los métodos de enseñanza y un gran avance en los aspectos educacionales en las facultades, con frecuencia originado de las unidades de medicina preventiva y social.

LA ENSEÑANZA FRENTE AL OBJETO DE LA MEDICINA SOCIAL

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, el Comité insistió en que la organización de la enseñanza de la medicina social debe establecerse en función de su objeto. El Comité estimó que esto significa la aceptación de las unidades de medicina preventiva de un cambio para asumir lo que propone sea entendido como la medicina social, en función del objeto descrito al principio de este informe.

La organización de la enseñanza en función del objeto de la medicina social implica un estudio de la realidad concreta donde se sitúa la unidad y la escuela en un determinado momento, así como la fijación de metas y objetivos específicos. Estas serían las condiciones básicas para establecer las prácticas de enseñanza, para lo cual no es imprescindible una gran alteración de la estructura del currículo. En otras palabras, en situaciones en que son necesarios cambios en el currículo y en la estructura universitaria para mejorar la formación de los recursos humanos, pero estos son difíciles de ser aceptados o tardan

en producirse, la enseñanza de la medicina social frente a su objeto podrá, de todas maneras, ser realizada.

El Comité estuvo de acuerdo en señalar como áreas esenciales para que las unidades de medicina social cumplan sus funciones docentes, las de epidemiología, ciencias sociales y planificación. La bioestadística, en virtud de su crecimiento y especialización y además por el reconocimiento de su importancia en la formación médica y en las investigaciones de todas las áreas disciplinarias, se propuso que sea considerada como una unidad propia e independiente, lo cual ya se observa en muchas escuelas.

En relación con los aspectos preventivos de la medicina, de importancia para la formación de los profesionales de la salud, el Comité insistió en la necesidad de que todas las unidades clínicas, en conjunto, asuman la responsabilidad de su enseñanza.

CAMPO DE PRACTICA E INVESTIGACION EN MEDICINA SOCIAL

El campo de práctica y las líneas básicas de investigación en medicina social deberán también tener en cuenta la definición de su objeto. En la discusión se describieron y analizaron brevemente las características de los programas extramurales desarrollados por los departamentos o unidades de medicina preventiva, la participación de las unidades clínicas en dichos programas, las ventajas y desventajas que tiene para las unidades docentes el tener autonomía así como responsabilidad administrativa en los servicios de salud que sirven como áreas de demostración, etc. El Comité reconoció que las unidades de medicina preventiva tuvieron el mérito de la iniciativa de introducir la mayoría de estos programas extramurales. En consecuencia, estas unidades, o por lo menos las que lograron reunir recursos y condiciones para el desarrollo de programas en el campo de práctica, han acumulado una considerable experiencia en los últimos 20 años. Precisamente esa experiencia llevó a dichas unidades a iniciar un cambio de enfoque y a disminuir el énfasis y la concentración de recursos en los programas con comunidades restrictas o pequeñas comunidades urbanas, rurales o periféricas.

El Comité planteó la necesidad de que se cuente con algún sistema de regionalización de servicios de salud, de manera que la unidad de medicina social pueda desarrollar sus investigaciones en ámbito regional y colaborar en el planteamiento de las posibles soluciones de los problemas de salud y de las acciones necesarias para ello.

La integración de las acciones de prestación de servicios de salud y de

adiestramiento del personal que debe trabajar en dichos servicios podrá ser estimulada por las unidades de medicina social. Para evitar los errores del pasado en relación con la medicina integral, las unidades de medicina social no deberán asumir en forma aislada la responsabilidad de estos programas de integración docente-asistencial. Desde un principio debe establecerse claramente que estos programas serán responsabilidad de la institución docente en forma global y de los servicios de salud.

Si la integración docente-asistencial entre las instituciones que suministran los servicios y las que forman el personal de salud se realiza armónicamente, habría la posibilidad de nuevos enfoques en la enseñanza y quizás hasta de renovación sustancial del concepto tradicional de universidad.

Es necesario considerar que a través de la idea de regionalización y de integración docente-asistencial las escuelas de ciencias de la salud deberán encontrarse gradualmente dentro del sistema de servicios de salud. No se trata de que sus programas se realicen mediante visitas periódicas de profesores y estudiantes a los servicios, sino de su inserción como parte de los mismos.

Sin embargo, debido a las características particulares de los sistemas de salud de los países latinoamericanos y a otras de tipo económico y político, el Comité reconoció las dificultades existentes para poner en práctica los esquemas de regionalización y de integración del trabajo y el aprendizaje.

POSGRADO EN MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

Se revisaron las principales actividades de posgrado que las unidades de medicina preventiva y social vienen desarrollando en la América Latina, y se identificaron tres tipos principales de actividades: programas que conducen a un título (maestría o doctorado), programas de residencia y programas de educación continua.

Los programas de maestría y doctorado constituyen la tendencia más reciente en el área de medicina preventiva y social. Estos programas, con una duración de uno a tres años, básicamente abarcan el desarrollo de investigaciones epidemiológico-sociales, planificadas y realizadas bajo orientación y supervisión de los docentes más experimentados. Se reconoció que estos programas también adolecen de la falta de un objeto claramente definido. En algunos casos pretenden ofrecer la oportunidad de un adiestramiento especializado en la preparación de

docentes en medicina preventiva y social; otras veces tratan de llenar la necesidad de adiestramiento en el área de salud pública. En este último caso el énfasis es mayor en las disciplinas de administración. Algunos programas, aprovechando la mayor flexibilidad de los cursos de posgrado, han diseñado cursos basados en nuevos esquemas interdisciplinarios, con lo que evitan una repetición de disciplinas a nivel de posgrado semejante a la de los cursos de pregrado. El Comité señaló la importancia de este enfoque, sugiriendo el apoyo al desarrollo de cursos que experimentan estos nuevos esquemas de programación. Se discutió al respecto el beneficio que estos programas de posgrado proporcionarían a los cursos actuales del pregrado, en particular cuando se trata de dar mayor énfasis a la discusión de los problemas de atención médica, dentro del marco conceptual definido por el Comité.

En la mayoría de las unidades, los programas de residencia en medicina preventiva y social resultaron de la influencia de los programas de residencia en otras áreas clínicas. En algunos países estos programas han tenido cierta repercusión en función de su papel junto a los programas de servicio social obligatorio, sea en la preparación para esos programas o como sustitutivo de ellos. En estos casos, el estudiante, una vez terminado su curso regular de medicina, tiene la posibilidad de participar en un programa organizado y con supervisión en un área regional de salud, al mismo tiempo que cumple con el servicio social. Los programas de residencia se basan principalmente en el desarrollo de actividades prácticas y han proporcionado posibilidades de actividades integradas con las demás disciplinas clínicas. Existe la tendencia a incorporar parte de estos programas como etapa inicial del posgrado en medicina preventiva y social.

En cuanto a educación continua, se discutieron una serie de cursos cortos en diferentes áreas de la medicina social, organizados por las unidades de medicina preventiva y social y ofrecidos a los profesionales que trabajan en los servicios de salud. Una serie de cursos en las áreas de bioestadística, epidemiología y administración de servicios de salud han sido organizados para médicos del área clínica y otros profesionales de la salud (ingenieros sanitarios, enfermeras, odontólogos, etc.).

Finalmente se puso de manifiesto la importancia de estimular el intercambio de docentes entre los departamentos de medicina social y de información de actividades docentes y de investigación. Como alternativas posibles de estímulo se sugirieron la creación o el fortalecimiento de asociaciones de medicina social o salud pública, distribución de boletines de actividades académicas entre los departamentos, reuniones anuales de miembros de los departamentos de

medicina social, y elaboración de un directorio de profesionales de la medicina social.

LIBRO DE TEXTO SOBRE MEDICINA SOCIAL

El Primer Comité de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social señaló que no existía un texto adecuado a las necesidades del estudiante latinoamericano. De acuerdo con el objeto de la medicina social reconocido por el presente Comité, habrá mayor razón aun en considerar que no existe un texto preparado para las necesidades del pregrado. Los dos Comités estuvieron de acuerdo en considerar que el libro de texto no es el recurso más importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero reconocieron su utilidad como fuente inicial de consulta al proporcionar estímulo en conocer otras referencias y como guía para profundizar los estudios.

El Comité expresó su deseo de que se facilite la publicación de artículos y trabajos que reflejen la experiencia educacional alcanzada hasta el momento por los docentes latinoamericanos y que presenten investigaciones originales realizadas en la región con significado para la enseñanza de la medicina social y discusiones del campo de la medicina social y su objeto.

Mientras esto no ocurra en forma satisfactoria, el Comité recomendó la recopilación de artículos en forma de antologías o manuales y el refuerzo de los recursos de las bibliotecas en las áreas que constituyen el objeto de la medicina social. Específicamente, el Comité recomendó delegar al Comité de Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud la responsabilidad de la selección inicial de artículos, así como la preparación de una propuesta de mecanismo de comunicación que permita el intercambio de bibliografía en esa área. Recomendación semejante fue hecha para el área de planificación, donde se deberá buscar artículos básicos y organizar su distribución entre las unidades de medicina social.

En cuanto al área de bioestadística y epidemiología, el Comité reconoció la existencia de textos, si bien más dirigidos al área de posgrado que de utilidad para el pregrado. A la vez se discutió la existencia de gran cantidad de ejercicios y diseños de experimentos didácticos en América Latina que necesitan mayor divulgación e intercambio. También el Comité reconoció como de gran valor la publicación de una serie de ejercicios de simulación en la área de la epidemiología clínico-social, dirigidos a los estudiantes de pregrado.

En el área de epidemiología, el Comité analizó las ventajas y desventajas de los siguientes textos:

Epidemiología básica. Vol. I. Armijo, R. Buenos Aires, Editorial Intermedia, 1974.

Epidemiology-Principles and Methods. MacMahon, B. y T. F. Pugh. Massachusetts, Little, Brown and Co., 1970.

Uses of Epidemiology. 3ª edición. Morris, N. Nueva York. Langman, 1974.

Causal Thinking in the Health Sciences. Susser, M. Londres, Oxford University Press, 1973.

El libro de Armijo (se analizó el primer volumen solamente) fue considerado de utilidad para el nivel de pregrado. Los libros de Susser y Morris podrían ser utilizados por los estudiantes si son traducidos al español o al portugués. El libro de MacMahon y Pugh se consideró de utilidad para el nivel de posgrado.

Finalmente el Comité reconoció el valor de las importantes actividades desarrolladas por la OPS/OMS en el área de enseñanza de la medicina preventiva y social, señalando entre ellas: la distribución de textos básicos para las bibliotecas de los departamentos, la publicación y distribución de la *Guía de métodos de enseñanza en epidemiología* (Publicación Científica de la OPS 266), el apoyo a los programas de posgrado y el desarrollo de seminarios nacionales de medicina preventiva y social y de investigaciones epidemiológico-sociales.

El Comité recomendó que las nuevas ideas planteadas en la demarcación del objeto de la medicina social sean objeto de discusiones a nivel de reuniones regionales y nacionales.

INFORME DEL COMITE DEL PROGRAMA DE
LIBROS DE TEXTO DE LA OPS/OMS PARA LA

Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina¹

La Segunda Reunión del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina se celebró en Washington, D.C., del 5 al 13 de septiembre de 1974.

INTRODUCCION

La transformación de los programas clásicos de higiene en programas de medicina preventiva, que se observó a principios de la década de 1950, puede ser considerada como parte de propuestas más amplias y de proyectos ambiciosos que ocurrieron en el proceso de la educación

¹El Comité estuvo integrado por los siguientes miembros: Dr. José Manuel Alvarez Manilla, Facultad de Medicina, Programa A-36, Universidad Nacional Autónoma de México, México; Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil; Dr. Oscar Echeverri (Relator), Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia; Dr. Jarbas Leite Nogueira (Relator), Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Brasil; Dr. Ernesto Medina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de Chile, Santiago, Chile, y Dra. María del Carmen Troncoso (Presidenta), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad del Litoral, Rosario, Argentina. Como asesores del mismo actuaron: Dr. Hesio Cordeiro, Departamento de Medicina Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guanabara, Brasil; Dr. Sebastião Loureiro da Silva, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de Bahía, Brasil; Dr. Helenio Ferrer, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba; Dr. Rami Rada, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela; Dr. Jesse Tapp, Departamento de Medicina Comunitaria, Centro Médico de Arizona, Tucson, Arizona, E.U.A., y Dr. Myron Wegman, Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan. Del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS, estuvieron presentes: Dr. José Roberto Ferreira (Jefe), Dr. Juan César García, Dr. Luis Ernesto Giraldo, Dr. Miguel Márquez, Dr. Edgar Muñoz, Dr. Juan V. Pillet, Dr. José Romero Teruel y Dr. Carlos Vidal. Asistió, además, el Dr. Abelardo Temoche, del Departamento de Estadísticas de Salud, OPS/OMS.

médica. A su vez, las tentativas de reformulación de la enseñanza de la medicina que caracterizaron a este período, están relacionadas con los reajustes en el panorama político y socioeconómico ocurridos después de la Segunda Guerra Mundial.

Las Conferencias sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva realizadas en 1952 y 1953 en los Estados Unidos de América, Francia e Inglaterra,² fueron seguidas de los Seminarios de Viña del Mar, Chile (1955) y Tehuacán, México (1956),³ y estuvieron destinadas a establecer normas para la incorporación de la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas médicas de América Latina. Las recomendaciones de estas reuniones—tomando en consideración las diferencias propias del nivel de desarrollo social existente en los países participantes—se inspiraron fundamentalmente en las ideas de la medicina integral, y en vista de las exigencias sociales de aquella época, se buscó con este modelo una racionalización de las instituciones de salud y atención médica mediante un cambio en el médico, reconocido como agente central de la atención médica.

Los propósitos de las reuniones de Viña del Mar y Tehuacán se cumplieron en su parte estructural con la incorporación de las diferentes disciplinas de medicina preventiva a los planes de estudio, pudiendo considerarse su desarrollo como uno de los hechos más sobresalientes en el campo de la educación médica en el período de 1950 a 1959.

La Primera Reunión del Comité de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social,⁴ celebrada en 1968, señaló con bastante detalle los objetivos específicos de la enseñanza y el contenido de las materias que comprendían los principales programas de medicina preventiva y social existentes en América Latina en aquel momento. En ese mismo período, la Organización realizó un amplio estudio con el objeto de analizar la enseñanza de la medicina preventiva y social en la Región, así como todo el proceso de formación de médicos y su relación con la práctica médica y la estructura social, que culminó con la publicación del libro *La educación médica en la América Latina* (de J. C. García), en 1972.⁵

²Se refiere a la Conferencia de Colorado Springs (EUA), en noviembre de 1952 (para Canadá, EUA y Jamaica), a la de Nanci (Francia), en diciembre de 1952 (para los países de Europa Occidental), y a la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en Londres en agosto de 1953, que dedicó una de sus cuatro sesiones al mismo tema.

³Véase *Publicación Científica de la OPS* 28 (1957), y *Bol. Of. Sanit. Panamer* 41 (1960), 55.

⁴Véase *Educación Médica y Salud*, Volumen 3, No. 2 (1969), 132-155.

⁵*Publicación Científica de la OPS* 255 (1972).

Otros intentos aislados de evaluación de los programas de enseñanza de la medicina preventiva no fueron precedidos, en general, por un examen sistematizado de la naturaleza y del significado de los objetivos, ni tomaron en cuenta determinantes fundamentales de la proposición de estos programas. Por tanto, cuando se confrontan las metas que se lograron con los objetivos inicialmente formulados, y se concluye que estos propósitos no fueron alcanzados, no es posible determinar con precisión si fallaron los programas o si el problema radicaba, en realidad, en la fijación de metas idealmente definidas.

Las ambiciosas metas de llegar a una transformación de las prácticas de salud, y especialmente de la atención médica, a través de la formación de un profesional capacitado para producir estos cambios, no lograron concretarse; en cambio, se produjo en forma correlativa, la incorporación aislada de servicios de medicina preventiva dentro de algunos programas de atención médica hospitalaria.

LA SOCIEDAD Y LA PRACTICA MEDICA

En cada formación social concreta la educación médica cumple un papel fundamental en la reproducción de la organización de los servicios de salud y se cristaliza en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico. Además de esto, es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica. Los elementos ideológicos producidos y difundidos por las asociaciones médicas en las publicaciones y por otros medios, y los transferidos día a día en la relación profesor-alumno, cumplen un papel en la preservación de una práctica y un saber.

Los elementos anteriormente señalados constituyen factores importantes en la perpetuación de las formas actuales del ejercicio de la medicina. Asimismo, si se examinan las formas crecientes de la intervención del Estado en la racionalización de las relaciones públicas y privadas del sistema de salud se descubren otras posibles repercusiones sobre la enseñanza de la medicina en general y de la medicina preventiva en particular. En América Latina, la intervención del Estado tiende generalmente a la creación de mecanismos de financiamiento de atención médica, a través de los seguros sociales que cubren a algunos

sectores de población, particularmente en lo relativo a personas que laboran en actividades económicas de tipo secundario y terciario.

Las proposiciones generales que han orientado la formulación de programas de enseñanza de medicina preventiva no han considerado con una perspectiva adecuada la organización de la atención médica y su mercado de trabajo, ni tampoco los determinantes históricos de esta estructura en sociedades concretas. Parten de una visión incompleta respecto de la atención médica, de la salud pública y de otras prácticas específicas en la estructura social, y por tanto resultan de eficacia limitada. De esta manera se producen, por ejemplo, las propuestas para formar un médico de familia capaz de ejecutar medidas preventivas y curativas y de "atender al paciente en su integridad bio-psico-social", "formar al médico que el país necesita", etc. Además, de estas proposiciones resultan las recomendaciones de modificaciones parciales de programas de medicina preventiva y la introducción continua e indiscriminada de nuevos contenidos y métodos de enseñanza que poco o nada favorecen el alcance de los efectos deseados expresados en los objetivos definidos idealmente.

El análisis de las condiciones y posibilidades de enseñanza de la medicina preventiva debe hacerse dentro de un marco representado por un conjunto articulado de elementos de organización y prestación de servicios, y el proceso de formación profesional, en una perspectiva histórica.

El Comité consideró necesario que en vez de agregar nuevos contenidos al campo imprecisamente delimitado de la medicina preventiva, sería preferible la delimitación de este campo dentro de una perspectiva más realista de las posibilidades de enseñanza de la medicina y de las limitaciones en su eficacia como determinante de la forma en que las prácticas de la atención médica y de la salud asumen en un momento determinado en cada formación social concreta.

Esta delimitación del campo, sería seguida por transformaciones cualitativas de los contenidos de los programas que se reflejarían en la estructuración de las actividades en el ámbito de las organizaciones de los departamentos.

EL OBJETO DE LA MEDICINA SOCIAL

Al hablar del objeto de la medicina social, en realidad lo que se trata es de buscar la definición de su objeto de estudio y de enfatizar el carácter dinámico y transformador que debe tener esta disciplina, y la necesidad de una reflexión continua sobre su mismo objeto.

Anteriormente la preocupación radicaba en preparar un médico que estuviera capacitado para "ver" al enfermo en forma integral. Para esto la medicina preventiva desarrolló programas de enseñanza tendientes a formar en el profesional una mentalidad "preventiva" y llamó la atención sobre los aspectos bio-psico-sociales de las enfermedades. Ahora se trata de que la medicina social estudie las instituciones que proporcionan atención de salud y los esquemas de acción médica que de ellas resultan. Esto permitirá al futuro profesional tener clara conciencia del resultado de su actividad dentro del contexto social en que se ubicará. Además, se cuestiona que el médico es un agente de cambio, lo que implicaría limitar la investigación y enseñanza de la medicina preventiva, un objetivo que en realidad es de la responsabilidad de toda la institución formadora de la estructura de la práctica médica y del sistema social. Lo que se busca es enfatizar el interés por el conocimiento de las formas en que se presenta la atención médica y sus determinantes, reconociendo que en los diferentes momentos de evolución de las estructuras sociales hay instancias que ejercen dominación dentro de las acciones de la medicina. Esta dominación se caracteriza no solo por la inversión de los recursos en su área específica, sino también por el predominio de categorías profesionales a ella dedicados, y por la atracción política por ella ejercida.

Hubo consenso en el Comité de que en la actualidad lo que se caracteriza bajo la denominación de atención médica se refiere al conjunto de acciones de diagnóstico y terapéutica dirigidas al consumidor individual, y se las considera como hegemónicas en el conjunto de las acciones en medicina en la mayoría de los países de la América Latina, y por lo tanto ejerce su dominio hacia los demás proyectos orientados hacia la salud colectiva, tales como la salud pública y la medicina comunitaria.

El Comité estuvo de acuerdo en considerar como objeto de la medicina social el estudio de las acciones en medicina, entendiéndose por tal el campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud. Teniendo este objeto como su preocupación principal, la medicina social trata de estudiar la sociedad, de analizar las formas corrientes de interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica. Específicamente, el análisis de la atención médica bajo la conceptualización anteriormente descrita permitirá el entendimiento de su evolución, los factores y circunstancias que en ella influyen en los diferentes momentos, y los mecanismos de control que podrían asegurar una transformación de la práctica médica para mayor beneficio de la población.

Gran parte de la enseñanza de las acciones preventivas ya ha sido incorporado en la enseñanza de las ciencias de la salud. Lo que se propone además es estimular a las unidades de medicina preventiva para hacer sustituciones e incorporaciones en sus funciones de docencia, servicio e investigación, junto a la institución formadora y dentro de esta nueva conceptualización.

El planteamiento de este objeto exigirá de las unidades de medicina social un gran esfuerzo de investigación, formulación de nuevas hipótesis, y utilización de nuevas metodologías para completar el análisis de la atención médica.

Así como anteriormente las proposiciones o énfasis en la medicina integral y en los aspectos preventivos de la medicina son objeto de toda la medicina, también el énfasis en estudiar las acciones en salud no es del dominio exclusivo de la medicina social. Es deseable que los demás departamentos de las escuelas de medicina y de otras profesiones en salud aumenten sus esfuerzos con el fin de analizar las acciones de la medicina en sus campos específicos. La necesidad de más estudios demuestra el carácter innovativo de esa propuesta.

ESTRUCTURA DE LAS UNIDADES DE MEDICINA PREVENTIVA

La introducción de la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas latinoamericanas de medicina llevó a la creación de nuevas unidades administrativas. En otros casos, se encargaron de esa enseñanza unidades afines de la institución, creando una sección propia o responsabilizando de ella a algunos de los docentes interesados. Esto, tomado inicialmente con carácter temporal, en algunas escuelas llegó a constituir una real unidad de docencia.

La imprecisión del objeto de la enseñanza, analizado anteriormente, y la idea común de que para cada campo del conocimiento se debería crear una disciplina o asignatura con su correspondiente carga horaria, llevó al desarrollo de una gran variedad de tipos de organización administrativa y de planes de estudio o programas de enseñanza. La agregación de temas o títulos representativos de áreas del conocimiento, a veces bastante independientes, caracterizó el establecimiento de las unidades de medicina preventiva.

A partir de los seminarios de Viña del Mar y Tehuacán, la selección de los temas se hizo más bien en función de la ausencia de los mismos en el currículo que en función de un objeto común de enseñanza de la unidad o de la escuela. Los seminarios mencionados consideraron como

temas más convenientes para ser incluidos en el curso: bioestadística; epidemiología; saneamiento; problemas medicosociales de la familia, de la comunidad y del país; antropología social y ecología; técnicas de educación para la salud; medicina ocupacional, y conocimiento de las organizaciones de medicina sanitaria y asistencial. Estos temas fueron considerados como propios de las unidades de medicina preventiva. Dichas unidades buscaron también poner en práctica la sugerencia de que todo el currículo incluyera ideas de prevención, haciendo un gran esfuerzo por integrar la enseñanza de varios temas con las diferentes unidades docentes de las escuelas.

A causa de la extensa variedad de los programas, el Primer Comité de la OPS/OMS para la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social se preocupó por enumerar los contenidos mínimos de la enseñanza de medicina preventiva y social, agrupados en las grandes áreas disciplinarias que ese Comité reconoció en las escuelas de medicina, a saber:

Principios y técnicas básicas

- Medicina cuantitativa. Estadística
- Epidemiología
- Control del ambiente
- Ciencias de la conducta
- Principios de organización y administración

Aprendizaje de las responsabilidades preventivas del médico

- Prevención primaria
- Prevención secundaria y rehabilitación

Los temas incluidos en la enseñanza de la medicina preventiva originalmente estuvieron influenciados por los cursos tradicionales de salud pública, donde el conocimiento teórico tenía una correspondiente área de aplicación. Al incorporar estos temas en los cursos médicos algunos de ellos pudieron adaptarse a los problemas de atención colaborando al conocimiento diagnóstico y de interpretación causal de las enfermedades. Así se podría reconocer la bioestadística y la epidemiología. El área de planificación en salud, en algunas escuelas y en época más reciente, empezó a ser considerado y adaptado a los programas de enseñanza, posiblemente en base a las experiencias de medicina comunitaria. Sin embargo, otros temas—como saneamiento, educación para la salud, medicina ocupacional y demografía—no lograron una correspondencia en prácticas de aplicación de su cuerpo teórico en los cursos, persistiendo casi siempre como cursos aislados, teóricos en esencia, y con algunas visitas de observación a programas de salud pública que los ejemplifiquen.

Otra condición que influyó en la estructura de las unidades de medicina preventiva fue la búsqueda de mecanismos que permitieran permear todo el currículo con las ideas de prevención, asumiendo, en forma unilateral e independiente del conjunto de la institución, la responsabilidad de transformación del estudiante en el médico integral deseado. Esto llevó a la necesidad de integración de la enseñanza con otras unidades para distribuir los temas en la extensión del curso médico. La integración resultó con frecuencia en contactos artificiales con las otras áreas de enseñanza y en sobrecarga de actividades docentes para los reducidos profesores de medicina preventiva.

En la situación descrita se ve como meta la misión de las unidades de medicina preventiva en extender a la escuela el proyecto ideal de la medicina integral. Para cumplir con las distintas funciones que se proponían, gran número de docentes de medicina preventiva tuvieron la preocupación de estudiar métodos y técnicas de enseñanza, asumir posiciones en comisiones de la institución encargadas de planear cambios curriculares, etc. En algunos casos se constituyeron en los únicos interesados en los problemas de atención médica de la facultad. Esto puede ser considerado positivo toda vez que sirvió de estímulo a cambios en los métodos de enseñanza y un gran avance en los aspectos educacionales en las facultades, con frecuencia originado de las unidades de medicina preventiva y social.

LA ENSEÑANZA FRENTE AL OBJETO DE LA MEDICINA SOCIAL

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente, el Comité insistió en que la organización de la enseñanza de la medicina social debe establecerse en función de su objeto. El Comité estimó que esto significa la aceptación de las unidades de medicina preventiva de un cambio para asumir lo que propone sea entendido como la medicina social, en función del objeto descrito al principio de este informe.

La organización de la enseñanza en función del objeto de la medicina social implica un estudio de la realidad concreta donde se sitúa la unidad y la escuela en un determinado momento, así como la fijación de metas y objetivos específicos. Estas serían las condiciones básicas para establecer las prácticas de enseñanza, para lo cual no es imprescindible una gran alteración de la estructura del currículo. En otras palabras, en situaciones en que son necesarios cambios en el currículo y en la estructura universitaria para mejorar la formación de los recursos humanos, pero estos son difíciles de ser aceptados o tardan

en producirse, la enseñanza de la medicina social frente a su objeto podrá, de todas maneras, ser realizada.

El Comité estuvo de acuerdo en señalar como áreas esenciales para que las unidades de medicina social cumplan sus funciones docentes, las de epidemiología, ciencias sociales y planificación. La bioestadística, en virtud de su crecimiento y especialización y además por el reconocimiento de su importancia en la formación médica y en las investigaciones de todas las áreas disciplinarias, se propuso que sea considerada como una unidad propia e independiente, lo cual ya se observa en muchas escuelas.

En relación con los aspectos preventivos de la medicina, de importancia para la formación de los profesionales de la salud, el Comité insistió en la necesidad de que todas las unidades clínicas, en conjunto, asuman la responsabilidad de su enseñanza.

CAMPO DE PRACTICA E INVESTIGACION EN MEDICINA SOCIAL

El campo de práctica y las líneas básicas de investigación en medicina social deberán también tener en cuenta la definición de su objeto. En la discusión se describieron y analizaron brevemente las características de los programas extramurales desarrollados por los departamentos o unidades de medicina preventiva, la participación de las unidades clínicas en dichos programas, las ventajas y desventajas que tiene para las unidades docentes el tener autonomía así como responsabilidad administrativa en los servicios de salud que sirven como áreas de demostración, etc. El Comité reconoció que las unidades de medicina preventiva tuvieron el mérito de la iniciativa de introducir la mayoría de estos programas extramurales. En consecuencia, estas unidades, o por lo menos las que lograron reunir recursos y condiciones para el desarrollo de programas en el campo de práctica, han acumulado una considerable experiencia en los últimos 20 años. Precisamente esa experiencia llevó a dichas unidades a iniciar un cambio de enfoque y a disminuir el énfasis y la concentración de recursos en los programas con comunidades restrictas o pequeñas comunidades urbanas, rurales o periféricas.

El Comité planteó la necesidad de que se cuente con algún sistema de regionalización de servicios de salud, de manera que la unidad de medicina social pueda desarrollar sus investigaciones en ámbito regional y colaborar en el planteamiento de las posibles soluciones de los problemas de salud y de las acciones necesarias para ello.

La integración de las acciones de prestación de servicios de salud y de

adiestramiento del personal que debe trabajar en dichos servicios podrá ser estimulada por las unidades de medicina social. Para evitar los errores del pasado en relación con la medicina integral, las unidades de medicina social no deberán asumir en forma aislada la responsabilidad de estos programas de integración docente-asistencial. Desde un principio debe establecerse claramente que estos programas serán responsabilidad de la institución docente en forma global y de los servicios de salud.

Si la integración docente-asistencial entre las instituciones que suministran los servicios y las que forman el personal de salud se realiza armónicamente, habría la posibilidad de nuevos enfoques en la enseñanza y quizás hasta de renovación sustancial del concepto tradicional de universidad.

Es necesario considerar que a través de la idea de regionalización y de integración docente-asistencial las escuelas de ciencias de la salud deberán encontrarse gradualmente dentro del sistema de servicios de salud. No se trata de que sus programas se realicen mediante visitas periódicas de profesores y estudiantes a los servicios, sino de su inserción como parte de los mismos.

Sin embargo, debido a las características particulares de los sistemas de salud de los países latinoamericanos y a otras de tipo económico y político, el Comité reconoció las dificultades existentes para poner en práctica los esquemas de regionalización y de integración del trabajo y el aprendizaje.

POSGRADO EN MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

Se revisaron las principales actividades de posgrado que las unidades de medicina preventiva y social vienen desarrollando en la América Latina, y se identificaron tres tipos principales de actividades: programas que conducen a un título (maestría o doctorado), programas de residencia y programas de educación continua.

Los programas de maestría y doctorado constituyen la tendencia más reciente en el área de medicina preventiva y social. Estos programas, con una duración de uno a tres años, básicamente abarcan el desarrollo de investigaciones epidemiológico-sociales, planificadas y realizadas bajo orientación y supervisión de los docentes más experimentados. Se reconoció que estos programas también adolecen de la falta de un objeto claramente definido. En algunos casos pretenden ofrecer la oportunidad de un adiestramiento especializado en la preparación de

docentes en medicina preventiva y social; otras veces tratan de llenar la necesidad de adiestramiento en el área de salud pública. En este último caso el énfasis es mayor en las disciplinas de administración. Algunos programas, aprovechando la mayor flexibilidad de los cursos de posgrado, han diseñado cursos basados en nuevos esquemas interdisciplinarios, con lo que evitan una repetición de disciplinas a nivel de posgrado semejante a la de los cursos de pregrado. El Comité señaló la importancia de este enfoque, sugiriendo el apoyo al desarrollo de cursos que experimentan estos nuevos esquemas de programación. Se discutió al respecto el beneficio que estos programas de posgrado proporcionarán a los cursos actuales del pregrado, en particular cuando se trata de dar mayor énfasis a la discusión de los problemas de atención médica, dentro del marco conceptual definido por el Comité.

En la mayoría de las unidades, los programas de residencia en medicina preventiva y social resultaron de la influencia de los programas de residencia en otras áreas clínicas. En algunos países estos programas han tenido cierta repercusión en función de su papel junto a los programas de servicio social obligatorio, sea en la preparación para esos programas o como sustitutivo de ellos. En estos casos, el estudiante, una vez terminado su curso regular de medicina, tiene la posibilidad de participar en un programa organizado y con supervisión en un área regional de salud, al mismo tiempo que cumple con el servicio social. Los programas de residencia se basan principalmente en el desarrollo de actividades prácticas y han proporcionado posibilidades de actividades integradas con las demás disciplinas clínicas. Existe la tendencia a incorporar parte de estos programas como etapa inicial del posgrado en medicina preventiva y social.

En cuanto a educación continua, se discutieron una serie de cursos cortos en diferentes áreas de la medicina social, organizados por las unidades de medicina preventiva y social y ofrecidos a los profesionales que trabajan en los servicios de salud. Una serie de cursos en las áreas de bioestadística, epidemiología y administración de servicios de salud han sido organizados para médicos del área clínica y otros profesionales de la salud (ingenieros sanitarios, enfermeras, odontólogos, etc.).

Finalmente se puso de manifiesto la importancia de estimular el intercambio de docentes entre los departamentos de medicina social y de información de actividades docentes y de investigación. Como alternativas posibles de estímulo se sugirieron la creación o el fortalecimiento de asociaciones de medicina social o salud pública, distribución de boletines de actividades académicas entre los departamentos, reuniones anuales de miembros de los departamentos de

medicina social, y elaboración de un directorio de profesionales de la medicina social.

LIBRO DE TEXTO SOBRE MEDICINA SOCIAL

El Primer Comité de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social señaló que no existía un texto adecuado a las necesidades del estudiante latinoamericano. De acuerdo con el objeto de la medicina social reconocido por el presente Comité, habrá mayor razón aun en considerar que no existe un texto preparado para las necesidades del pregrado. Los dos Comités estuvieron de acuerdo en considerar que el libro de texto no es el recurso más importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero reconocieron su utilidad como fuente inicial de consulta al proporcionar estímulo en conocer otras referencias y como guía para profundizar los estudios.

El Comité expresó su deseo de que se facilite la publicación de artículos y trabajos que reflejen la experiencia educacional alcanzada hasta el momento por los docentes latinoamericanos y que presenten investigaciones originales realizadas en la región con significado para la enseñanza de la medicina social y discusiones del campo de la medicina social y su objeto.

Mientras esto no ocurra en forma satisfactoria, el Comité recomendó la recopilación de artículos en forma de antologías o manuales y el refuerzo de los recursos de las bibliotecas en las áreas que constituyen el objeto de la medicina social. Específicamente, el Comité recomendó delegar al Comité de Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud la responsabilidad de la selección inicial de artículos, así como la preparación de una propuesta de mecanismo de comunicación que permita el intercambio de bibliografía en esa área. Recomendación semejante fue hecha para el área de planificación, donde se deberá buscar artículos básicos y organizar su distribución entre las unidades de medicina social.

En cuanto al área de bioestadística y epidemiología, el Comité reconoció la existencia de textos, si bien más dirigidos al área de posgrado que de utilidad para el pregrado. A la vez se discutió la existencia de gran cantidad de ejercicios y diseños de experimentos didácticos en América Latina que necesitan mayor divulgación e intercambio. También el Comité reconoció como de gran valor la publicación de una serie de ejercicios de simulación en la área de la epidemiología clínico-social, dirigidos a los estudiantes de pregrado.

En el área de epidemiología, el Comité analizó las ventajas y desventajas de los siguientes textos:

Epidemiología básica. Vol. I. Armijo, R. Buenos Aires, Editorial Intermedia, 1974.

Epidemiology-Principles and Methods. MacMahon, B. y T. F. Pugh. Massachusetts, Little, Brown and Co., 1970.

Uses of Epidemiology. 3ª edición. Morris, N. Nueva York, Langman, 1974.

Causal Thinking in the Health Sciences. Susser, M. Londres, Oxford University Press, 1973.

El libro de Armijo (se analizó el primer volumen solamente) fue considerado de utilidad para el nivel de pregrado. Los libros de Susser y Morris podrían ser utilizados por los estudiantes si son traducidos al español o al portugués. El libro de MacMahon y Pugh se consideró de utilidad para el nivel de posgrado.

Finalmente el Comité reconoció el valor de las importantes actividades desarrolladas por la OPS/OMS en el área de enseñanza de la medicina preventiva y social, señalando entre ellas: la distribución de textos básicos para las bibliotecas de los departamentos, la publicación y distribución de la *Guía de métodos de enseñanza en epidemiología* (Publicación Científica de la OPS 266), el apoyo a los programas de posgrado y el desarrollo de seminarios nacionales de medicina preventiva y social y de investigaciones epidemiológico-sociales.

El Comité recomendó que las nuevas ideas planteadas en la demarcación del objeto de la medicina social sean objeto de discusiones a nivel de reuniones regionales y nacionales.