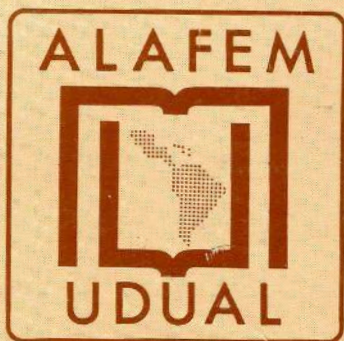


MEMORIAS

XIV CONFERENCIA de FACULTADES Y ESCUELAS de MEDICINA de AMERICA LATINA

Quito, Ecuador
1988





**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE
FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA**

**LAS UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA
ALCANZAR SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000**

**XIV CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS
DE MEDICINA DE AMERICA LATINA**

**5 – 8 de octubre de 1987
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
Quito – 1988**



14 FEB. 1990

VIDUOL

12750

666

SEGE. 1082 of. 2

ADQ 522

PROL. La Univ.

FECHA 4/11/90

PROGNO Donación

Código de barras.

CIDU 18030050

Nº de Inventario

2018 0300522

LAS UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

ARABIA LATINA MUNDIAL PARA

ALCANZAR SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

XIV CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS

DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

2 - 8 de octubre de 1987

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Quito - 1988

PRESENTACION

En cumplimiento a lo dispuesto por los Estatutos y Reglamento de la Unión de Asociaciones de Alumnos, Profesores y Personal de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central del Ecuador, viene la secretaría de entregar la MEMORIA de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, realizada en Quito en Octubre de 1967.

Confiamos que esta publicación contribuya a fortalecer la UNIÓN y a impulsar rigiendo al espíritu decimonónico latinoamericano de promoción y realización de las tareas vinculadas con el desarrollo educativo, la investigación y la promoción social en el campo de la Salud.

La renovación permanente de la actividad de la educación médica en las ciudades afines a ALAFEM es un propósito que aspiramos cumplir, al mismo parámetro, con esta MEMORIA, cuyo contenido queda expuesto al libre criterio de los lectores, investigadores,

Edición: Presidencia, Secretaría General de ALAFEM

Editores Responsables: Dr. José Racines

Dr. Ricardo Izurieta

Dr. Rodrigo Vique
PRESIDENTE ALAFEM

Dr. Ricardo Izurieta
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Edición: Presidencia, Secretaría General de ALAFEM
Edición Responsable: Dr. José Raciona
Dr. Ricardo Izumeta

PRESENTACION

En cumplimiento a lo dispuesto por los Estatutos y Reglamentos de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), la ALAFEM y la Facultad de Ciencias de la Universidad Central del Ecuador, tienen la satisfacción de entregar la MEMORIA de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, realizada en Quito en Octubre de 1987.

Confiamos que esta publicación contribuya a fortalecer la UNION y a mantener vigente el espacio democrático latinoamericano de promoción y realización de las tareas vinculadas con el desarrollo educativo, la investigación y la proyección social en el campo de la Salud.

La renovación permanente de la orientación de la educación médica en las entidades afiliadas a ALAFEM es un propósito que aspiramos satisfacer, al menos parcialmente, con esta MEMORIA, cuyo contenido quede expuesto al análisis crítico de los compañeros latinoamericanos.

Dr. Rodrigo Yépez
PRESIDENTE ALAFEM

Dr. Dimitri Barreto
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

DECLARACION

En cumplimiento a lo dispuesto por los Estatutos y Reglamento de la Unión de Universidades de América Latina (UUAL), el ALIA-FIM y la Facultad de Ciencias de la Universidad Central del Ecuador, tienen la satisfacción de entregar la MEMORIA de la XIV Conferencia de Rectores y Rectorías de América Latina, celebrada en Quito en Octubre de 1987.

Consideramos que esta publicación contribuye a fortalecer la UUAL y a mantener vigente el espíritu de amistad e intercambio académico, la unión y colaboración de las universidades con el desarrollo educativo, la investigación y la proyección social en el campo de la salud.

La recepción favorable de la orientación de la educación médica en las entidades afiliadas a ALIA-FIM es un propósito que esperamos fortalecer, al presentarse puntualmente, con esta MEMORIA, como resultado de la reunión de los rectores latinoamericanos.

Dr. Daniel Tamayo
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Dr. Rodrigo Yanez
PRESIDENTE ALAFIM

INDICE

Presentación	I
Reconocimiento	III
Consejo Ejecutivo de UDUAL	V-VI
Sesión Inaugural	1
Consejo Directivo de ALAFEM	5
Organización	6
Agradecimiento	7
Reglamento General de Reuniones por especialidades universitarias de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)	8
Reglamento Especial para las Sesiones de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina	15
Comisión Organizadora	17
Temas, Ponentes y Comentaristas Oficiales de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina	19
PARTICIPANTES: Ponentes Oficiales	21
Delegados Oficiales	21
Invitados Especiales	23
Observadores	24
Discurso Inaugural de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina: Dr. Rodrigo Yépez	27
Informe de la Comisión de Credenciales	31
PRIMERA SESION PLENARIA: "La Universidad y la Salud en América Latina en Tiempos de Crisis" Dr. Antonio Ramírez Soto	35
"La Universidad y la Salud Popular en América Latina "	
Dr. Saúl Franco Agudelo	39
"Las Universidades y la Salud Popular en Tiempos de Crisis Económica" Dr. Antonio Meza Cuadra	46

"La Universidad y la Salud Popular en Tiempos de Crisis Económica" Dr. Rubén Darío Solís Cabrera	57
SEGUNDA SESION PLENARIA: "Salud y Mercado de Trabajo Médico" Dr. Vicente Lecuna	63
"Responsabilidad de la Educación Médica frente al Mercado de Trabajo" Dr. Pedro Brito	71
"Salud y Mercado de Trabajo Médico en la República Dominicana" Doctores: César Mella Mejías, Delmin Cury, Ricardo Corporán, Jimmy Barranco y Jimmy Aybar	77
"Tendencias Generales del Mercado de Trabajo Médico en las Américas" Dr. Roberto Passos Nogueira	109
SESION DE TEMAS LIBRES	115
TERCERA SESION PLENARIA: "La Educación Médica en América Latina: Enfoque Histórico" Dr. L. F. Bojalil	117
"Consideraciones sobre el marco conceptual de la Educación Médica en las décadas de los años "50" y "60" Dr. Miguel Márquez	122
"La Educación Médica Latinoamericana: Enfoque Histórico" Dr. Marcelo Nava G.	132
"Aproximación al enfoque histórico de la Educación Médica en América Latina" Doctores: Julio Ravelo Astacio, Diómedes Robles Cid., César Mella Mejías	135
"La Educación Médica en América Latina: Enfoque histórico" Dr. Vicente Ruilova	153
CUARTA SESION PLENARIA: "La Educación Médica Latinoamericana: Análisis prospectivo" Dr. José R. Ferreira	159
"Perfiles del Proceso de Educación Médica de las Facultades Ecuatorianas de Medicina: Análisis prospectivo" Doctores: José Ruales, Rodrigo Yépez, Dimitri Barreto y César Hermida	163
Índice de Atributos e Indicadores	171
"La Educación Médica Latinoamericana: Análisis prospectivo"	

Dr. Héctor O. Buschiazzo	173
"Análisis prospectivo de 50 Escuelas de Medicina de América Latina" Dr. Daniel Purcallas	181
"La Educación Médica Latinoamericana: Análisis prospectivo" Dr. Manuel Reyes Rodríguez	189
Sesión "Juan César García, in Memoriam" Dr. Héctor Buschiazzo	204
"La Vida de Juan César: Imagen del Hombre Multifacético" Dr. Miguel Márquez	209
QUINTA SESION PLENARIA: "Alternativas transformadoras en la Educación Médica Latinoamericana" Dra. María Isabel Rodríguez	215
"Alternativas transformadoras en la Educación Médica Latinoamericana" Prof. Dr. Fidel Ilizástigui Dupuy	221
"Alternativas transformadoras en la Educación Médica Latinoamericana" Dr. Edgar Játiva Mariño	233
"Alternativas transformadoras na Educacao Medica Latino Americana" Dr. Eleutério Rodriguez Neto	240
SEXTA SESION PLENARIA: "El método dialéctico de desarrollo curricular, una alternativa más en la educación y la práctica médica de Centro América" Dr. Raúl Felipe Cáliz	245
"Alternativas transformadoras de la Práctica Médica: La experiencia cubana" Dr. Juan M. Diego Cobelo	259
RELATO GENERAL: "Las Universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para alcanzar Salud para Todos en el Año 2000"	267
The Universities of Latin America and the World Strategy to Attain Health for all by the year 2000	285
"Síntesis de las Resoluciones de la Asamblea de ALAFEM de Octubre de 1987	297

RECONOCIMIENTO

Nuestras sentidas gracias a los profesores y estudiantes latinoamericanos que participaron en la Conferencia.

Nuestro reconocimiento a los conferencistas y ponentes por su valiosa como desinteresada colaboración.

El agradecimiento más cordial al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y a la Organización Panamericana de la Salud por su respaldo y generoso apoyo financiero.

Gracias a los compañeros profesores, estudiantes, empleados y trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Quito por su solidaridad y apoyo.

LA COMISION ORGANIZADORA

CONSEJO EJECUTIVO DE UDUAL

PRESIDENTE:

Dr. Jorge Carpizo,
Rector de la
Universidad Nacional Autónoma de México.

VICEPRESIDENTES:

Dr. Juan Oscar Usher Tapponier,
Rector de la
Universidad Católica "Nuestra Señora de la
Asunción", Paraguay.

Prof. Rodolfo Joaquin Pinto da Luz,
Rector de la
Universidade Federal de Santa Catarina,
Florianópolis, Brasil.

Dra. Ilse Wisotzki Loli de Orsini,
Rectora de la
Universidad de Lima, Perú.

VOCALES:

Dr. Hércules Pinelli,
Rector de la
Universidad Nacional de la Patagonia.
Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina.

Dr. Ernesto Domínguez Quiroga,
Rector de la Universidad Iberoamericana,
México, D. F.

Lic. Roderico Segura Trujillo,
Rector de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Dr. Jorge Enrique Molina,
Rector de la Universidad Central,
Bogotá, Colombia.

Dr. Fernando Agrait,
Presidente de la
Universidad de Puerto Rico, San Juan, P. R.

Lic. Rafael Toribio,
Rector del
Instituto Tecnológico de Santo Domingo,
República Dominicana.

Dr. Mario Ríos Aráoz,
Rector de la
Universidad Autónoma "Juan Misael Saracho",
Tarija, Bolivia.

Dr. César Cordero Moscoso,
Rector de la
Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Luis Soberanes Fernández,
México, D. F.

SESION INAUGURAL

SALUDO DEL COORDINADOR GENERAL

Señores:

A nombre de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador y de la Comisión Organizadora de la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL, deseo expresar la satisfacción que experimentamos por vuestra presencia y nuestro deseo porque la estadía en esta ciudad, sea la más grata y fructífera, para todos vosotros, hermanos latinoamericanos.

Tenemos el honor de ser nuevamente sede de este evento académico que reúne a lo más representativo de los educadores médicos de América Latina. En el mes de marzo de este año, y en nuestra condición de sede alterna, se nos propuso por parte de los directivos de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima el que lleváramos adelante esta conferencia.

Siempre fue nuestro deseo el estar presentes en Lima, sede principal designada en XIII Conferencia reunida en Managua en 1984. Pusimos todo nuestro contingente y nuestra solidaridad con los compañeros de la Facultad de Ciencias Médicas de San Marcos; de manera especial con Antonio Meza Cuadra, presidente de la Comisión Organizadora. Sin embargo, los problemas económicos y políticos que vivió y aún vive esa Universidad hermana, nos impidieron reunirnos en esa centenaria casona; pero supimos recoger el espíritu de los amigos de Lima, con entusiasmo de ecuatorianos y pensando como latinoamericanos nos propusimos salir adelante venciendo todas las dificultades, y de manera espe-

cial enfrentando al tiempo, siempre implacable, para poder ahora compartir con vosotros y proyectar nuestra acción para los próximos años.

Las primeras gestiones de la Facultad de Quito se encaminaron a lograr la ratificación de la Sede por parte de la Secretaría General de la UDUAL, y como no podía ser de otra manera la comprensión de la UDUAL y su respaldo han permitido cristalizar este propósito engendrado hace apenas 6 meses en la ciudad de Lima.

Recogimos el mismo temario preparado por la Comisión de San Marcos y bajo el tema general de "Las Universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para Alcanzar Salud para Todos en el Año 2000", se fueron estableciendo los distintos paneles que mantienen una secuencia y una cierta coherencia interna. Así, partiremos del análisis de la crisis económica, denominador común de nuestros países y su repercusión en el interior de las universidades y en la salud de nuestra población. Este tema polémico y actual, pondrá el marco de referencia para los demás paneles y servirá de pauta para canalizar las inquietudes de cambio de los universitarios aquí presentes.

La salud y el mercado de trabajo médico será motivo del segundo panel y obviamente, constituye un aspecto muy particular concatenado al primer tema. Con preocupación se viene estudiando este aspecto que incluye tanto la formación de médicos como la prestación de servicios, dos vertientes de un mismo problema.

Conocer lo que fuimos, lo que hicieron los que nos antecedieron, reconociendo las bases de lo que ahora somos, es de incuestionable valor para proyectar nuestro trabajo hacia el futuro. No cabe duda, que debemos ser lo suficientemente creativos para poder avisorar los grandes objetivos hacia donde apunta la educación médica para final de siglo; de ahí que estos dos aspectos, enfoque histórico y análisis prospectivo, serán motivo de discusión en el tercer día de trabajo, a través de sendos paneles.

Estudiar con detenimiento y objetividad cuáles son las alternativas transformadoras que ameritan nuestros países en el campo de la educación médica y la práctica en salud es un reto que hay que asumirlo con

entereza para poder encontrar un camino de autenticidad, que haga menos pesado nuestros problemas y más gratificantes nuestros logros. El último día de trabajo de esta conferencia se ha dedicado al abordaje de esta temática.

Las inquietudes institucionales y personales de los asistentes; profesores y estudiantes de las Escuelas de Medicina, podrán ser conocidas en la sesión de temas libres señalado para el día martes de esta semana.

Aprovechamos el marco de esta conferencia para reunir a los directivos de tres asociaciones latinoamericanas frateras, las de Odontología, Enfermería y Medicina a fin de buscar los puntos en común para un trabajo a largo plazo.

Naturalmente en una cita de este tipo no podía "faltar las ocasiones para las expresiones culturales y para un mejor conocimiento de cada uno de nosotros, fuera del ambiente formal de las sesiones o de los debates. Un modesto programa de visitas y de actos culturales permitirán a los asistentes conocer los encantos de esta ciudad y vivenciar lo que el hombre ecuatoriano hace día a día para lograr su superación cultural. Este esfuerzo se debe fundamentalmente al concurso del personal administrativo de empleados de nuestra Facultad. El cariño de ellos se reflejará en cada uno de los programas previstos, la sencillez de los actos será la mejor expresión de su sinceridad, sabemos que donde hay generosidad de espíritu no caben disculpas de las limitaciones económicas.

Quiero resaltar el reconocimiento de la Comisión Organizadora para quienes de una u otra manera han hecho posible esta reunión, de manera especial señalaré al Doctor Rodrigo Yépez Miño, Decano de la Facultad, conductor indiscutible de una gestión brillante, a Antonio Meza Cuadra, nuestro Coordinador Internacional, hermano latinoamericano a carta cabal.

No hubiera podido ser posible esta cita sin la orientación y el apoyo económico de la OPS en donde resaltaremos la colaboración de siempre de José Roberto Ferreira.

Al Ministro de Salud Pública del Ecuador, al Consejo Nacional de

Ciencia y Tecnología, a la Secretaría Ejecutiva de AFEME, a la Secretaría General de la UDUAL y a más de un centenar de profesores, empleados y estudiantes de trabajo silencioso pero altamente significativo.

Compañeros latinoamericanos tenemos problemas comunes y expectativas también comunes, nuestro destino debe orientarse hacia la unidad y nuestros esfuerzos deben encaminarse a ser mejores, debemos seguir en este empeño, que es ideal de la UDUAL, garantizar por sobre todas las cosas la unidad latinoamericana por ello permítanme que evoque la clave y la consigna del viejo y sabio Martín Fierro.

**"Los hermanos sean unidos
porque esa es la Ley Primera"**

Dr. Dimitri Barreto V.

CONSEJO DIRECTIVO DE ALAFEM
1984 – 1987

PRESIDENTE: Dr. Rodrigo Yépez (Ecuador)
CONSEJEROS: Dr. Antonio Meza—Cuadra, Presidente Alternó (Perú)
Dr. Diego Cobello (Cuba)
Dr. Ivanhoe Gamboa (México)
Dr. Fabio Salamanca (Nicaragua)
Dr. Vicente Lecuna (Venezuela)
Dr. Julio Ravelo (Rep. Dominicana)
SECRETARIO
GENERAL: Dr. Dimitri Barreto (Ecuador)



14 FEB. 1990

ORGANIZACION

- Unión de Universidades de América Latina (UDUAL)
- Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM)
- Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador

AUSPICIO

INTERNACIONAL: – Organización Panamericana de la Salud (OPS)

NACIONAL: – Ministerio de Salud Pública (MSP)

– Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina (AFEME)

– Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

– Casa de la Cultura Ecuatoriana

AGRADECIMIENTO

La Comisión Organizadora, agradece a las siguientes instituciones, sin cuyo concurso no hubiera sido posible la realización de este evento.

- **OPS – Organización Panamericana de la Salud**
- **MSP – Ministerio de Salud Pública**
- **Universidad Central del Ecuador**
- **Secretaría General UDUAL**
- **Consejo Directivo de ALAFEM**
- **CONACYT – Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**
- **CONUEP – Consejo Nacional de Universidades y Escuelas Politécnicas del Ecuador**
- **Casa de la Cultura Ecuatoriana**
- **Facultad de Ciencias Médicas**

REGLAMENTO GENERAL DE REUNIONES POR ESPECIALIDADES UNIVERSITARIAS, DE LA UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA (UDUAL)

I. DE LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LAS REUNIONES.

Artículo 1o. Las reuniones que organice y convoque la UDUAL, deberán condicionarse a la observancia estricta de las disposiciones contenidas en la Carta de las Universidades Latinoamericanas y los Estatutos de la Unión. Por tanto deberá estipularse y cumplirse, como condición obligatoria, que en todos sus aspectos se respetará y garantizará el pluralismo y la democracia universitarios, teniendo presente el desecho de integración cultural y espiritual de las universidades y pueblos de América Latina. Estimularán la fraternidad, la comprensión, y el respeto mutuos.

Artículo 2o. Las reuniones de la UDUAL se harán sobre la base de una exigente selección del temario y de los ponentes oficiales, en forma que ofrezcan la mayor actualidad y calidad académica, el primero, y la más alta calificación posible los segundos. Su determinación se hará de común acuerdo por la Secretaría General de la Unión y la institución sede. En caso necesario, para concertar al respecto una reunión, la Secretaría General de la UDUAL podrá asesorarse de personalidades de los campos o disciplinas relativos.

Artículo 3o. Será condición para organizar las reuniones, la de que las instituciones que las auspicien estén al corriente en el pago de sus cuotas a la UDUAL.

Artículo 4o. Las reuniones a que se refiere el presente ordenamiento, serán por especialidades universitarias. Las convocará la Secretaría General de la Unión, por acuerdo del Consejo Ejecutivo, para celebrarse cada dos años como norma, en el lugar y sede que sea acordado en la última sesión plenaria de la que fue anterior. Se desarrollarán bajo los auspicios de una institución afiliada a la Unión.

En el caso de que por razones de fuerza mayor una reunión no pudiera desarrollarse en el tiempo y lugar elegidos, ni se obtenga la conformidad de la sede alterna, que sería su subrogada y designada al igual que la principal, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL acordará la fecha de celebración y la nueva sede, según lo dispuesto por el artículo trigésimo cuarto de sus propios Estatutos y después de agotar lo dispuesto en el artículo vigésimo sexto de este Reglamento con respecto a la sede suplente.

En todo caso el Consejo Ejecutivo deberá tomar conocimiento de cada nuevo proyecto de reunión con un mínimo de seis meses de anticipación a la fecha en que se pretenda realizarla.

II. ORGANIZACION DE LAS REUNIONES.

Artículo 5o.

Las reuniones serán organizados inicialmente por la Secretaría General de la UDUAL y sus asesores, en consulta con el Presidente y Relator General de la conferencia anterior y, al ser determinada la sede, con la participación del Presidente y el Secretario General o quienes hagan sus veces en la Comisión Organizadora del nuevo evento.

Esta misma Comisión, en acuerdo con la Secretaría General de la UDUAL, se encargará de encauzar los trabajos en forma de dar continuidad a los de las reuniones precedentes. Por lo tanto, el temario, las fechas y demás previsiones de organización, serán determinados tomando en cuenta los antecedentes y temarios de las anteriores, si las hubiere.

Artículo 6o.

Las convocatorias a las reuniones serán lanzadas por el Secretario de la Unión, firmadas por el Secretario General y el Decano o Director de las Instituciones que respectivamente fueron aceptadas como sede. Se acompañarán del temario, el calendario y las normas de los trabajos de la misma, acordados previamente por dichas partes.

Podrán remitirse, si así es aceptado por las partes, a las instituciones de universidades no afiliadas a la UDUAL, para que concurren en calidad de observadoras.

Artículo 7o. En cada convocatoria se incluirá una mención de que las instituciones podrán presentar trabajos sobre el temario, ajustándose a lo prescrito por las normas anexas. Estos trabajos serán enviados por la Secretaría General de la Unión a los ponentes oficiales de los temas respectivos, para su estudio. En relación a dichas normas especificarán, además de que se limiten al temario, que los trabajos deberán sujetarse a la extensión límite que se haya acordado.

No se aceptarán trabajos sobre temas distintos a los fijados en la convocatoria y en caso de que alguna delegación desee informar a los concurrentes de otros asuntos, deberá entregar a la secretaría de la reunión un número suficiente de ejemplares de su exposición escrita, para distribuirse durante el evento, si lo aprueba la mesa directiva del mismo.

III. DE LOS PARTICIPANTES.

Artículo 8o. Las reuniones estarán formadas por cuatro clases de miembros: a) delegados, b) ponentes oficiales, c) observadores y d) invitados especiales.

Artículo 9o. Serán delegados los funcionarios universitarios, profesores u otros miembros de los organismos que formen parte de las instituciones convocadas, afiliadas a la UDUAL, y que sean debidamente acreditados como representantes de ellas. Cada institución (facultad, escuela, departamento, instituto de investigación) podrá hacerse representar hasta por cinco (5) delegados. Uno de los miembros de cada delegación tendrá el carácter de presidente de la misma, de acuerdo con una comunicación oficial que deberá presentarse a la Secretaría General o a la Comisión de Credenciales -según el caso- de la Comisión Organizadora. La escuela, facultad, departamento o divi-

sión sede podrá hacerse representar hasta por diez (10) delegados.

Artículo 10o. Serán ponentes oficiales aquellas personalidades a las que invite formalmente la Secretaría General de la Unión para desarrollar el temario y sentar las bases de las discusiones y reflexiones de la reunión. Sus trabajos se sujetarán a las normas que se acompañarán a la carta invitación.

Artículo 11o. Los observadores serán representantes de las instituciones pertenecientes a universidades (y sus análogos) no afiliadas a la UDUAL, y de organizaciones nacionales e internacionales que hayan sido invitadas por el Secretario de la UDUAL de acuerdo con la Comisión Organizadora o viceversa. Igualmente los delegados de las instituciones afiliadas a la Unión que excedan del número prescrito por el presente Reglamento.

Artículo 12o. Se considerarán invitados especiales los miembros del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, los miembros de la Comisión Organizadora, el Presidente y el Relator General de la reunión inmediata anterior, los ex-presidentes de la UDUAL y aquellas personas o representantes de instituciones que hayan sido invitadas con tal carácter por la UDUAL de acuerdo con la Comisión Organizadora o viceversa. En este apartado se incluirán las representaciones de los organismos de cooperación y estudio de la UDUAL y las asociaciones y consejos nacionales y subregionales de universidades latinoamericanas que no figuren como dichos organismos.

IV. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES.

Artículo 13o. Los delegados de las instituciones convocadas pertenecientes a universidades (o a sus análogos) afiliadas a la UDUAL, acreditados oficialmente, tendrán derecho a voz y voto. Los ponentes oficiales, los observadores y los invitados especiales participarán en las deliberaciones y sólo tendrán derecho a voz, tanto

en las sesiones plenarias como de comisiones.

Ningún delegado podrá asumir más de una representación ni llevar otro voto que el de la institución a la que pertenezca.

Artículo 14o. Los delegados de las instituciones afiliadas a la UDUAL, así como los ponentes oficiales, tendrán derecho a recibir un ejemplar de la memoria de la reunión.

V. DE LA MESA DIRECTIVA.

Artículo 15o. La Mesa Directiva se formará con un presidente, un secretario y un relator generales, además de tantos vicepresidentes como sesiones plenarias se hubiere previsto.

Artículo 16o. El presidente será elegido por el plenario en la sesión preparatoria y el secretario general y el relator general serán propuestos al mismo por el Presidente, para su aprobación.

Los cargos de vicepresidentes serán ocupados por elección del plenario y los delegados elegidos auxiliarán en sus funciones al presidente de la Mesa.

VI. DEL DESARROLLO DE LAS REUNIONES.

Artículo 17o. Las reuniones serán antecédidas por una sesión preparatoria presidida por el secretario general de la UDUAL o su representante y el presidente y el secretario general de la comisión organizadora. Se abrirá la sesión con el informe de la Comisión de Credenciales. Esta Comisión de Credenciales estará formada por un miembro del Consejo Ejecutivo de la UDUAL presente, o su representante, y por dos miembros que designe previamente la Comisión Organizadora. Acto seguido se dará lectura al informe de los trabajos realizados por la Comisión Organizadora, debiendo rendirlo el presidente de la misma. Una vez aprobados dichos informes se procederá a la

elección del presidente de la Mesa Directiva y a su inmediata toma de posesión.

El presidente de la Mesa, una vez investido de su cargo, procederá a la integración del resto de la misma y a la toma de posesión de sus funcionarios.

Artículo 18o. En esa misma sesión serán aprobados el calendario, la agenda y las comisiones específicas que acuerde el plenario. Se elegirán así mismo los miembros de dichas comisiones específicas.

Artículo 19o. En el mismo acto, en su caso, serán ratificadas las comisiones de trabajo en que se dividirá el plenario para realizar el estudio particular del temario. Se abrirá un registro para que los delegados acreditados, observadores e invitados especiales, anoten su preferencia de participación. Este registro podrá anticiparse en el acto de la inscripción, lo que contribuirá a redactar el listado de que deberá disponer la Mesa Directiva al instalar las comisiones.

Artículo 20o. Las comisiones antedichas serán instaladas por los miembros de la Mesa Directiva y los asistentes a ellas designarán un presidente, un relator y un secretario.

Artículo 21o. Los secretarios de la reunión y de las comisiones serán los encargados de levantar las actas de las sesiones respectivas.

Artículo 22o. En las plenarias, o en su caso en las comisiones de trabajo, el presidente de la Mesa Directiva como norma concederá la palabra a cada ponente, para que exponga una síntesis de su trabajo. Una vez terminada la exposición de las ponencias, podrán intercambiar opiniones los propios ponentes y los delegados. La presidencia inscribirá a los participantes en dicho intercambio de opiniones en el orden en que hayan pedido la palabra, para una intervención que no excederá de cinco minutos.

Artículo 23o. Cada relator de las comisiones, si las hubo, elaborarán un documento en el que se hará un resumen objetivo de las principales ideas del debate, mismo que pondrá a la consideración de los participantes que

para que manifiesten su acuerdo. Estos documentos serán encargados de inmediato al relator general de la reunión, y una copia al representante del Secretario de la UDUAL. Los relatos particulares al igual que el relato general se acompañarán de las actas respectivas.

Artículo 24o. El relator general presentará, en la última sesión plenaria, su informe general basado en los relatos de las comisiones en lo que corresponda, que será leído para ser considerado y aprobado en su caso. El documento final será entregado a la Secretaría General de la UDUAL, depositándose un ejemplar en manos del presidente de la Mesa Directiva.

Artículo 25o. Las reuniones de la UDUAL deberán aplicarse al estudio, discusión y reflexión de los temas y trabajos correspondientes, y no habrá lugar a conclusiones, mociones, ni recomendaciones. Se limitarán a exponer la problemática y las posiciones planteadas en los eventos.

Artículo 26o. En la última plenaria será elegida la sede principal para la siguiente reunión. En esta misma sesión se designará una sede suplente. La sede principal deberá ratificar, en un lapso no mayor de seis (6) meses, a la Secretaría General de la UDUAL, su aceptación para realizar la reunión; en caso contrario, la UDUAL oficiará la sede suplente, la que, en un plazo de tres (3) meses, notificará si acepta o no. De ser negativa la respuesta, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL procederá de acuerdo a lo dispuesto en el artículo cuarto del presente Reglamento.

Artículo 27o. Al final de cada reunión se publicará, a expensas de la institución que haya sido la sede, una Memoria que reúna los trabajos y comentarios de la misma. Esta Memoria se publicará bajo la dirección técnica del Secretario de la UDUAL y la obligación deberá incluirse en el Convenio que se suscriba originalmente por la Unión y la sede.

* Aprobada por la XXVIII Reunión del Consejo Ejecutivo de la UDUAL celebrada en Bogotá, Colombia, los días 20 y 21 de noviembre de 1980.

REGLAMENTO ESPECIAL PARA LAS SESIONES DE LA XIV CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA

- Artículo 1.** La XIV Conferencia se desarrollará en sesiones plenarias.
- Artículo 2.** Habrá una Sesión Plenaria Preparatoria según lo dispuesto en el Reglamento General y de conformidad con el programa preparado por la Comisión Organizadora.
- Artículo 3.** Habrá una Sesión Inaugural que se desarrollará de acuerdo al respectivo programa elaborado por la Comisión Organizadora.
- Artículo 4.** Habrá seis sesiones plenarias, en la modalidad de panel-foro, para tratar los seis aspectos en que se ha dividido el temario.
- Artículo 5.** Cada sesión del panel-foro será instalada por uno de los Vicepresidentes de la Mesa Directiva, en el orden de su elección.
- Artículo 6.** Las sesiones de panel-foro serán instaladas a la hora prevista en el programa, cumplido lo cual, el Vicepresidente de la Mesa Directiva que corresponda, presentará a los miembros del panel-foro: Coordinador, Secretario y Ponentes y dirigirá la elección del Relator de la respectiva sesión.
- Artículo 7.** Inmediatamente de lo previsto en el artículo anterior, el Coordinador del panel-foro dará iniciación al tratamiento del tema con una introducción de 15 minutos de duración aproximadamente.
- Artículo 8.** El Coordinador dará la palabra a los ponentes, por un lapso de 15 minutos aproximadamente y en el orden en que hayan acordado previamente.
- Artículo 9.** Una vez terminada la exposición de los ponentes, el Coordinador abrirá el foro para intercambio de opiniones entre los delegados y los propios ponentes. Se inscribirá a los participantes en dicho intercambio de opiniones, en el orden en que hayan pedido la palabra, para una intervención que no excederá de 5 minutos.

Artículo 10. En los minutos finales de la sesión el Coordinador del panel-foro realizará un breve resumen de los aspectos tratados.

Artículo 11. El Secretario de la sesión, con la colaboración de los miembros designados por la Comisión Organizadora, realizará el registro de lo tratado en la sesión y levantará el acta de la misma.

Artículo 12. El Relator elaborará un resumen objetivo de los aspectos fundamentales del debate.

Artículo 13. El Coordinador del panel-foro, el Relator y el Secretario con la colaboración de los miembros designados por la Comisión Organizadora elaborarán un informe final de síntesis, al que se acompañarán copias de las intervenciones del Coordinador y de los Ponentes y el acta respectiva. Estos documentos serán entregados de inmediato al Relator General de la Conferencia; una copia se hará llegar al representante del Secretario de la UDUAL y otra al Presidente de la Mesa Directiva.

Artículo 14. Habrá una Sesión de Clausura durante la cual el Relator General presentará su informe basado en los informes parciales, que será leído para ser considerado y aprobado en su caso. El documento final será entregado a la Secretaría General de la UDUAL, depositándose un ejemplar en manos del Presidente de la Mesa Directiva.

Artículo 15. Los asuntos generales no considerados en el presente reglamento se resolverán según lo dispuesto en el Reglamento General de Reuniones por Especialidades Universitarias de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y aquellos aspectos específicos no previstos, serán resueltos por la Mesa Directiva en consulta con la Secretaría General de la UDUAL.

COMISION ORGANIZADORA

PRESIDENCIA:

Dr. Rodrigo Yépez

COORDINADOR INTERNACIONAL:

Dr. Antonio Meza Cuadra

COORDINADOR GENERAL:

Dr. Dimitri Barreto

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Edgar Játiva

RELATOR GENERAL:

Dr. Pedro Brito

SECRETARIA:

ALAFEM:

Dr. Mario Artieda

PRESIDENCIA:

Sra. María de Mosquera

Srta. Isabel Galárraga

Sra. Marlene de Carrera

Sra. Ruth de Ocampo

COMISION DE PROTOCOLO

COORDINADOR:

Dr. Miguel Dávila

Dr. Mario Artieda

Dr. Elías Altamirano

Srta. Patricia Daza

Srta. Elizabeth Falconí

Dra. Miriam Guillén

COMISION DE CREDENCIALES:

Dr. Hernando Rosero

Sra. Alicia de Cevallos

Sra. Martha Dueñas

Dra. Margarita Guevara

Srta. María Elena Miño

Srta. Ximena Rosero

COMISION DE ASUNTOS SOCIALES:

Sra. Alicia de Cevallos

Srta. Martha Cruz

Sra. María de Mosquera

COMISION DE AUDIOVISUALES

COORDINADOR:

Dr. Santiago Horra

Sr. Leonardo Bravo

Sr. Juan Monard

Srta. Charo Coronel

COMISION DE PUBLICACIONES:

Dr. José Racines

Dr. Guillermo Fuenmayor

Sr. Eduardo Vega

Srta. Martha Báez

COMISION DE TEMAS LIBRES:

PRESIDENTE:

Dr. Wilson Peñafiel

Dr. José Miguel Alvear

Srta. Consuelo Pérez

COMISION ESTUDIANTIL:

Dr. Ricardo Izurieta

SECRETARIAS:

Sra. Edith Játiva de Ortega

Sra. Ana Medina de Carrillo

Sra. Cecilia Erazo de Gordillo

Srta. Wilma Garcés

Sra. Yolanda de Mantilla

Srta. Elba Navarro

Sra. María Elena Galárraga

Sra. Alicia Paredes

Srta. Giomar Cevallos

Srta. Victoria Oliva

Srta. Myriam Pérez

Srta. Betty Arcos

**TEMAS, PONENTES Y COMENTARISTAS OFICIALES DE LA
XIV CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE
MEDICINA DE AMERICA LATINA**

QUITO—ECUADOR 5—8 OCTUBRE DE 1987

**TEMA GENERAL: LAS UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA
ALCANZAR SALUD PARA TODOS EN EL
AÑO 2000**

MARTES 6 DE OCTUBRE

**1er. PANEL FORO: LAS UNIVERSIDADES Y LA SALUD POPULAR EN
TIEMPOS DE CRISIS ECONOMICA.**

Coordinador: Dr. José Romero Teruel (Brasil)
Secretario: Dr. Oscar Betancourt (Ecuador)
Panelistas: Dr. Saúl Franco (Colombia)
Dr. Antonio Meza Cuadra (Perú)
Dr. Antonio Ramírez Soto (Colombia)
Dr. Rubén Solís (Ecuador)

2do. PANEL FORO: SALUD Y MERCADO DE TRABAJO MEDICO.

Coordinador: Dr. Carlos Bloch (Argentina)
Secretario: Dr. Fernando Salazar (Ecuador)
Panelistas: Dr. Pedro Brito (Perú)
Dr. Carlos Cedeño (Ecuador)
Dr. Vicente Lecuna (Venezuela)
Dr. César Mella (Rep. Dominicana)
Dr. Roberto Nogueira (Brasil)

**SESION DE TEMAS LIBRES: INVESTIGACION EN SALUD, EDUCACION,
CIENCIA Y TECNOLOGIA**

Coordinador: Dr. Wilson Peñafiel

MIERCOLES 7 DE OCTUBRE

**3er. PANEL FORO: LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA:
ENFOQUE HISTORICO**

Coordinador: Dr. Luis Felipe Bojalil (México)

Secretario: Dr. Guillermo Troya (Ecuador)
Panelistas: Dr. Augusto Bonilla (Ecuador)
Dr. Pablo Carlevaro (Uruguay)
Dr. Miguel Márquez (Ecuador)
Dr. Marcelo Nava (Bolivia)
Dr. Julio Ravelo (Rep. Dominicana)
Dr. Vicente Ruilova (Ecuador)

**4to. PANEL FORO: LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA:
ANALISIS PROSPECTIVO**

Coordinador: Dr. José Roberto Ferreira (Brasil)
Secretario: Dr. Edmundo Estévez (Ecuador)
Panelistas: Dr. Dimitri Barreto (Ecuador)
Dr. Héctor Buschiazzi (Argentina)
Dr. José Ruales (Ecuador)
Dr. Daniel Purcallas (Uruguay)
Dr. Manuel Reyes (Ecuador)

SESION ESPECIAL: "JUAN CESAR GARCIA IN MEMORIAM"

Coordinador: Dr. Héctor Buschiazzi (Argentina)
Participantes: Dr. Miguel Márquez (Ecuador)
Dr. Julio Ravelo (Rep. Dominicana)
Dr. Edgar Rodas (Ecuador)
Dra. María Isabel Rodríguez (El Salvador)
Dr. Fernando Salazar (Ecuador)

JUEVES 8 DE OCTUBRE

**5to. PANEL FORO: ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS EN LA
EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA**

Coordinador: Dra. María Isabel Rodríguez (El Salvador)
Secretario: Dr. Patricio Espinosa (Ecuador)
Panelistas: Dr. Ivanhoe Gamboa (México)
Dr. Fidel Ilizástegui (Cuba)
Dr. Edgar Játiva (Ecuador)
Dr. Eleuterio Rodríguez (Brasil)
Dr. Fabio Salamanca (Nicaragua)

**6to. PANEL FORO: ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS EN LA PRACTICA
MEDICA LATINOAMERICANA**

Coordinador: Dr. Rolando Collado (Guatemala)
Secretario: Dr. José Suárez (Ecuador)
Panelistas: Dr. Felipe Cálix (Honduras)
Dr. René Calle (Ecuador)
Dr. Juan Diego Cobelo (Cuba)
Dr. Carlos Linger (Argentina)

PARTICIPANTES

PONENTES OFICIALES

Rolando Collado Ardon

Luis F. Bojalil Jaber

José Roberto Ferreira

Eleuterio Rodríguez Neto

Roberto Nogueira

Daniel Purcallas Celaya

Pablo V. Carlevaro

María Isabel Rodríguez

Antonio Ramírez Soto

Fidel Ilizástigui Dupuy

Juan Manuel Diego Cobelo

Julio Ravelo Astacio

César Francisco Mella Mejías

Ricardo Dimas Corporan Gómez

Pedro Enrique Brito Quintana

Antonio Meza Cuadra

Miguel Márquez Vásquez

Héctor Buschiazzo

Manuel Alberto Reyes Rodríguez

Augusto Armando Bonilla Barco

Rubén Darío Solís Cabrera

José Leonardo Ruales Estupiñán

Vicente Lecuna Torres

Raúl Felipe Cálix Mejía

México

México

Brasil

Brasil

Brasil

Uruguay

Uruguay

El Salvador

Colombia

Cuba

Cuba

República Dominicana

República Dominicana

República Dominicana

Perú

Perú

Nicaragua

Argentina

Ecuador

Ecuador

Ecuador

Ecuador

Venezuela

Honduras

DELEGADOS OFICIALES

Juan Vela Valdez

Mario Jiménez García

Hugo Mario de la Quintana González

Manuel Díaz Villegas

Nila Heredia Miranda

Cuba

Nicaragua

Bolivia

Bolivia

Bolivia

Bolivia
Honduras
República Dominicana
República Dominicana
República Dominicana
República Dominicana
República Dominicana
México
México
Guatemala
Guatemala
Guatemala
Guatemala
Guatemala
Perú
Perú
Venezuela
Venezuela
Venezuela
Ecuador
Ecuador
Uruguay
Ecuador
Ecuador
Ecuador
Ecuador
Ecuador
Ecuador
Ecuador
Ecuador
Ecuador

[illegible]

INVITADOS ESPECIALES

Saúl Franco	Colombia
José Luis Soberanes Fernández	México
Alfredo Gómez Castellanos	México
Víctor Manuel Martínez Bulle Goyri	México
Patricio Yépez Miño	Venezuela
Ariel Gómez	Argentina
Alberto Arango Botero	Colombia
Jorge Izquierdo Márquez	Perú
Alfredo Pérez Rueda	Ecuador
Carlos Ramiro Estrella Cahueñas	Ecuador
Oscar Fernando Betancourt Mesías	Ecuador
Nelson Edwin Samaniego Sotomayor	Ecuador
María de Lourdes Velasco Garcés	Ecuador
Manuel Bolívar Rosero Morejón	Ecuador
Rosa Santamaría Acurio	Ecuador
Edgar Játiva Mariño	Ecuador
Fernando Marcelo Salazar Manosalva	Ecuador
Alyc Edmundo Torres Catefort	Ecuador
Agustín García Banderas	Ecuador
Lautaro Pozo Vélez	Ecuador
Jorge Enrique Reyes Salas	Ecuador
Gonzalo Ernesto Puga Arguello	Ecuador
Guillermo Eduardo Troya Rojas	Ecuador
Víctor Hugo Mejía Mera	Ecuador
Víctor Hugo Rodríguez Pérez	Ecuador
Germán Cifuentes Navarro	Ecuador
Carlos Naranjo Castro	Ecuador
Anibal Sosa Sosa	Ecuador
Celín Astudillo Espinosa	Ecuador
José Suárez Torres	Ecuador
Estuardo Pazmiño Yáñez	Ecuador
Enrique Guillermo Icaza Miño	Ecuador
Gonzalo Eduardo Avilez Yáñez	Ecuador
Jorge Bracho Oña	Ecuador
José Miguel Alvear Larenas	Ecuador
Enrique Chiriboga Villaquirán	Ecuador
Luis Edmundo Estévez Montalvo	Ecuador

Luis Eduardo Ayala Munive	Ecuador
Fabián Eduardo Vásconez Román	Ecuador
Fabián Vernardo Corral Cordero	Ecuador
Marco Vinicio Gaybor Gaybor	Ecuador
<u>Santiago Alejandro Horra Alvarez</u>	Ecuador
<u>María Isabel Rodríguez</u>	El Salvador

OBSERVADORES

Evelyne Halpert	Colombia
Esau Vásquez López	Colombia
Octavio Orozco García	México
Octavio Angel Flores Medina	México
Javier Sánchez Pérez	México
José Venturelli	Canadá
Luis Branda	Canadá
Francisco Eduardo Campos	Brasil
Heloisa María Mendonca	Brasil
Benedictus Philadelho De Siqueira	Brasil
Max Alberto Luna Jiménez	Guatemala
Víctor Enrique Ortega Salvador	Ecuador
Leonardo Bravo Valencia	Ecuador
Byron Ivan Argoti Echeverría	Ecuador
Tania Alexandra Gómez Lara	Ecuador
Patricia Lorena Paredes Lascano	Ecuador
Rosa Rebeca Novoa Sánchez	Ecuador
José Wilfrido Sánchez Ramos	Ecuador
Mario Fernando Figueroa Morán	Ecuador
Elías Altamirano Escobar	Ecuador
José Rodrigo Racines Vizuete	Ecuador
Gladys Bertha Torres Guerrero	Ecuador
Alcy Ramiro Torres Guerrero	Ecuador
Romel Efren Ortega Herrera	Ecuador
Alonso Armijos Luna	Ecuador
Miguel Eduardo Ramírez	Ecuador
Carlos Baltazar Yépez Vallejo	Ecuador
Alex Yépez Verdesoto	Ecuador
José Alberto Gómez de la Torre	Ecuador
Miguel Rodríguez Rodríguez	Ecuador

John Rosenberg Donenfeld	Ecuador
Francisco Javier Solórzano	Ecuador
Francisco Vallejo Flores	Ecuador
Marco Aurelio Guerrero Figueroa	Ecuador
Oswaldo Ricardo Izurieta Narváez	Ecuador
Fabián Eduardo Guarderas Jijón	Ecuador
Lucila Bravo Vidal	Ecuador
Wilson Enrique Salazar Delgado	Ecuador
Diego Edwin Prado Nieto	Ecuador
Pablo Esteban Arízaga Zamora	Ecuador
Edmundo Granda Ugalde	Ecuador
Carlos Ramiro Estrella Cahueñas	Ecuador
Guillermo Fuenmayor	Ecuador
Elizabeth Falconí	Ecuador
Miguel Dávila	Ecuador
Miriam Guillén	Ecuador
Patricia Daza	Ecuador

DISCURSO INAUGURAL DE LA XIV CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA

Dr. Rodrigo Yépez

Octubre 5, 1987

Con los auspicios de la UDUAL las Facultades de Medicina del Subcontinente se han reunido durante el último cuarto de siglo por 13 ocasiones.

Han sido reuniones de hombres que trabajan en las universidades, que laboran en pro de la cultura en todas las latitudes de América Latina, hombres que han aprendido a conocerse y a conocer sus problemas comunes.

Han sido 13 oportunidades para el debate creativo sobre los más diversos y amplios temas que hacen relación al trabajo de la medicina y la formación profesional.

A lo largo de las trece conferencias precedentes se aprecian los intentos por rescatar los más auténticos valores de una cultura médica latinoamericana, a la que se ha intentado adulterar, a veces sutilmente, con la imitación de "modelos" engendrados en otras matrices sociales.

Han sido trece ocasiones en que el esfuerzo del pueblo y de los universitarios, en cada uno de nuestros países, ha permitido organizar y llevar a feliz término la conferencia.

La décima tercera conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina reunida en Managua en febrero de 1984 decidió crear la Asociación La-

tinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), la cual, por el espíritu que anima su propia estructuración, está orientada a constituirse en un organismo de integración latinoamericana, en el que confluyan los más sentidos intereses de un desarrollo armónico y solidario de la Educación Médica, concordante con las reales necesidades de Salud de los habitantes de esta región del mundo.

El vigor con que se dió impulso a la creación de ALAFEM ha persistido a través de acciones que recogiendo toda la dignidad del esfuerzo de ustedes y toda la dimensión de nuestra esperanza, nutren con aliento renovado las raíces de la convivencia creadora y de la Paz del continente y del mundo.

La XIV Conferencia que hoy inauguramos, por la Paz y la Integración Latinoamericanas, es un jalón más en el esfuerzo por derrumbar los muros del aislacionismo que separa a nuestros países y a nuestras universidades y por abrir un nuevo campo para la cooperación interuniversitaria.

La cooperación interuniversitaria ha sido, es, y seguirá siendo, más allá del breve lapso de nuestras propias vidas, simiente inagotable de esperanza y vertedero del que se nutre y se nutrirá el intelecto para prohiar, con entusiasmo y optimismo, el concepto de la integración latinoamericana.

La integración de la América nuestra, debe ser, tiene que ser una meta alcanzable. Para el logro de tan fundamental propósito los universitarios, los educadores médicos del subcontinente tenemos que concurrir al desafío con mecanismos que contribuyan al esfuerzo integrador y que a la vez, abran un espacio para la cooperación y la solidaridad, tan necesarias en el ámbito universitario de nuestros países.

A 150 años de la muerte de Bolívar, a 50 años de la inmolación de Sandino, su pensamiento golpea en la conciencia de América Latina. La unidad que preconizan es una tarea inconclusa, a la par que es -insisto- una meta posible, una meta necesaria.

La integración, la unidad, no representan un entusiasmo nuevo, inventado por preocupaciones modernas, sino que dimana de la urdim-

bre misma de la sociedad y de la historia latinoamericana. Su territorio, su raza, su cultura, su tradición y su historia confirman la unidad. Cier- to es que ahora luce dividida por intereses ajenos a las propias necesida- des de sus pueblos y por influjo de poderosas fuerzas centrífugas que continuamente han parcelado a la comunidad indoamericana, preten- diendo coartar sus anhelos de liberación.

Las aberrantes condiciones socio-económicas impuestas por el impe- rio están convocando reiteradamente a la unidad: el período de grave crisis económica por el que atraviesa. Latinoamérica se proyecta amena- zadoramente hacia el fin del siglo. Esta circunstancia pesará definitiva- mente en la definición de políticas y estrategias en salud y en la plani- ficación de los recursos humanos para la Salud. Los cambios en la canti- dad, calidad y distribución de estos recursos estará condicionada a que avancemos hacia un sistema de salud diferente, integrado y equitativo, y a que se supere la etapa de la medicina de pseudo mercado que no orienta sus actividades precisamente para atender las necesidades de la población sino para satisfacer los intereses mercantilistas de la oferta de servicios de salud.

Los criterios valorativos sobre la existencia de excesos o deficiencias, de médicos, de enfermeras, de otros miembros del personal de salud, tienen un carácter absolutamente relativo, puesto que deben ser referi- dos a las necesidades de atención de los diferentes sectores de la pobla- ción y al modelo concreto de prestación de servicios de salud existente. Un exceso aparente puede transformarse en insuficiencia y hasta en ca- rencia si pasamos de un modelo primordialmente curativo a otro de ca- rácter integral que se inserte en todas las colectividades nacionales, que es a donde orienta la meta de "Salud para Todos en el año 2000", en tanto propone ofrecer la atención de la mejor calidad para responder a las necesidades de salud de toda la población, garantizando un acceso igualitario, equitativo, oportuno e integral". Nosotros respaldamos esa tesis y estamos en consecuencia, por la transformación del modelo pres- tador.

Estimados compañeros latinoamericanos: al dar comienzo a la XIV Conferencia les invito a perseverar en el esfuerzo para forjar el camino de una Universidad Latinoamericana: de una Universidad como la que

sólo Martí "Que haga partir sus humanidades de las experiencias que le son propias, la de sus hombres, la de sus indios, las de los que sufren y han sufrido dominaciones pero que, luchan por arrancárselas . . ."

Existe en el subcontinente, como lo demuestra esta reunión, el anhelo de buscar todos los caminos que nos lleven hacia la conquista del bien inestimable de la unión; tenemos la certeza de que solos, seremos fácilmente vencidos, pero en conjunción de esfuerzos seremos capaces de entregar al mundo todo el contingente de nuestras potencialidades.

Con esta cita estamos ratificando el compromiso de los educadores médicos por mantener la dignidad latinoamericana, por rescatar las esencias más íntimas de nuestra cultura, por hacer de la solidaridad y de la lucha por la Paz nuestra conducta cotidiana.

Termino agradeciendo públicamente por la presencia en esta noche y por el irrestricto apoyo a nuestros afanes, al Dr. José Thome Amador, Ministro de Salud Pública; al Dr. José Roberto Ferreira, Director de Recursos Humanos de la OPS/OMS; al Ing. Guillermo Falconí, Rector y Presidente del Consejo Nacional de Universidad y Escuelas Politécnicas; al Ing. Miguel Moreno Espinosa, Director del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y al profesor Edmundo Ribadeneira, Presidente de la Casa de la Cultura Ecuatoriana.

Sinceras gracias a todos los miembros del Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina y a todos los latinoamericanos que han contribuido con su esfuerzo para hacer realidad este certamen que se realiza bajo los auspicios de la UDUAL, a cuyo Secretario General, Dr. José Luis Soberanes le expreso nuestro saludo formal.

Una palabra final para todos los compañeros de la Facultad de Medicina de Quito por su solidaridad y por su trabajo incansable en cuyo nombre saludo a todos ustedes con emocionada esperanza y les ofrezco la más fraternal y cordial bienvenida.

GRACIAS

INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES DE LA XIV CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA

Al tenor del artículo 2do. de los principios rectores de las reuniones y de conformidad con los artículos 5 y 6 del capítulo 2do. que se refiere a la organización de las reuniones así como de los artículos 8, 9, 10, 11 y 12 que se relaciona con los participantes, la Comisión de Credenciales designada por la Comisión Organizadora del certamen, con el asesoramiento del señor Secretario General de la UDUAL, procedió durante 7 horas hábiles a receptor, analizar y definir las inscripciones de los concurrentes a la XIV Conferencia, obteniendo los siguientes resultados, los mismos que me permito poner en consideración de la Asamblea:

DELEGADOS:

Bolivia:

Universidad Mayor de San Andrés: 3 Delegados Oficiales bajo la Presidencia del Dr. Alfredo Arancillia de Villegas.

Cuba:

Instituto Superior CC. MM. La Habana: Representado por su Rector, Dr. Juan Vela Valdez.

Ecuador:

Universidad Central del Ecuador: 8 Delegados Especiales bajo la Presidencia del Dr. Rodrigo Yépez, Decano de la Facultad.

Universidad Estatal de Cuenca: 4 Delegados Oficiales bajo la Presi-

dencia del Dr. Vicente Ruilova, Decano de la Facultad.

Universidad Nacional de Loja: 5 Delegados, bajo la Presidencia del Dr. Manuel Reyes, Decano de la Facultad.

Universidad Estatal de Guayaquil: 4 Delegados Oficiales, bajo la Presidencia del Dr. Carlos Cedeño, Decano de la Facultad.

República Dominicana:

Universidad Autónoma Santo Domingo: 2 Delegados Oficiales, bajo la Presidencia del Dr. César Mella, Decano.

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña: 1 Delegado Oficial, Representado por el Dr. Bienvenido Delgado, Decano.

Instituto Tecnológico de Santo Domingo: 1 Delegado Oficial, Representado por el Dr. Raymundo Jiménez, Decano.

Guatemala:

Universidad de San Carlos: 4 Delegados Oficiales, bajo la Presidencia del Dr. Humberto Aguilar, Decano.

Honduras:

Universidad Nacional Autónoma de Honduras: 1 Delegado Representado por el Dr. Raúl Cáliz M., Decano.

México:

Universidad Autónoma Metropolitana de México: 1 Delegado Representado por la Dra. María del Consuelo Chapela.

Universidad de Guadalajara: 1 Delegado representado por el Dr. Octavio Orozco García, Director Esc. Medicina.

Nicaragua:

1 Delegado representado por el Dr. Mario Jiménez García, Vicedecano.

Perú:

Universidad Cayetano Heredia: 1 Delegado representado por el Dr. Pedro Enrique Brito.

Universidad Mayor de San Marcos: 1 Delegado representado por el Dr. Antonio Meza Cuadra.

Uruguay:

Universidad de la República: 1 Delegado representado por el Dr. Pablo Carlevaro, Decano.

Venezuela:

Escuela de Medicina Luis Razetti: 1 Delegado representado por la Dra. Martha Rodríguez de González.

Escuela de Medicina José María Vargas, Universidad Central: 1 Delegado representado por el Dr. Irán Rodríguez Alonso.

Universidad Central de Venezuela: 1 Delegado y su Decano, Dr. Luis López Grillo.

PONENTES OFICIALES:

Se han registrado 24 Ponentes Oficiales. La Comisión organizadora y su Comité de Credenciales presentan la nota más sentida de pesar por el inesperado fallecimiento del Dr. Marcelo Nava, Ponente Oficial de Bolivia, haciendo presente este pesar a los Delegados de la hermana república. Aún no se han registrado 11 ponentes, que esperamos lo hagan en las próximas horas.

Se han registrado 42 Invitados Especiales, designados por el Comité Ejecutivo de la UDUAL, la ALAFEM y la Comisión Organizadora.

Se han registrado 49 Delegados Observadores procedentes tanto de los países amigos cuanto de la Facultad sede. En este registro cabe señalar la presencia de distinguidas Autoridades de Instituciones y Universidades, Profesores y Estudiantes de las mismas.

La XIV Conferencia se inicia con un total de 149 Delegados, cuyos registros de inscripción se permite depositar en manos de las Autoridades, la Comisión de Credenciales designada para el efecto.

Quito, octubre 5, 1987

Dr. Hernando Rosero C.
PRESIDENTE DE LA COMISION

PRIMERA SESION PLENARIA

“LA UNIVERSIDAD Y LA SALUD EN AMERICA LATINA EN TIEMPOS DE CRISIS”

**Dr. Antonio Ramírez Soto,
Colombia**

Al agradecer inmensamente a Rodrigo Yépez, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Ecuador y Presidente de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, su amable invitación para participar en este magno evento, el cual considero de valor histórico por el tema a desarrollar, traigo un fraternal saludo, cariñoso y amable de parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, con una voz hermana de interés y preocupación, muy sentidos en relación con el problema que nos ocupa.

No vengo con mayores datos pues, sobre la crisis de América Latina, de nuestra familia, todos aquí presentes estamos ya informados en relación con los tópicos fundamentales, al menos en términos de macrodiagnóstico. Es lugar común para nosotros hijos de una sola tierra, pues si no lo sabemos, sí lo sentimos.

Vengo a participar con ustedes nuestro común problema y desde luego con pretensiones de sugerir quizás, algo en favor de un modelo, de una estrategia que nos lleve primero a evitar, a impedir nuestro total colapso y luego como debe ser a entrar en recuperación y progreso definitivos para bien de nuestros pueblos.

Considero que nuestra América Latina escribe su historia desde que la encontraron los ibéricos, hasta nuestros días, siempre con la palabra crisis, como situación

constante, por múltiples factores históricos. Además de esta permanente circunstancia, asistimos a momentos de graves mutaciones quizás con significado y consecuencias alarmantes, funestas en mayor grado para nuestros pueblos, lo cual obliga a reunirnos para diseñar un plan de acción sin demora, por lo cual felicito a estos organizadores de este feliz y fraternal encuentro.

La crisis en nuestros países tiene factores determinantes que podemos dividir en endógenos y exógenos obviamente, muy estrechamente relacionados e interdependientes.

Entre los primeros: los endógenos podemos mencionar entre muchos los siguientes a mi juicio definitivos como causales de la grande y crónica crisis que padecemos en diferentes órdenes.

1. El latifundismo con la consecuente acumulación de capital en la mayoría de las veces con significado de monopolio.
2. El deprimido, subyugado e incipiente minifundismo con bajos índices de eficacia.
3. La desruralización de nuestros países por la gran inmigración hacia las grandes capitales, influyendo negativamente en ellas como habitat, el cual se encuentra hoy precipitadamente exigido sin servicios públicos básicos capaces de ofrecer condiciones adecuadas a los nuevos habitantes que se suman a este conglomerado ya muy apretado, llegando así en ocasiones de escases hasta para el 50 o/o de la población.
4. La desruralización con abandono del campo, el cual se había caracterizado en nuestros países como gran despensa de alimentos para nuestra comunidad.
5. Desempleo creciente en especial en las grandes ciudades como consecuencia de la migración anotada, lo cual origina graves problemas sociales junto con niveles muy bajos de ingresos que coadyuvan a la problemática social.
6. No apareamiento de la industrialización con el desarrollo, no son sinónimos. Se encuentra grandes problemas de desarrollo en las comunidades, manifestados en la falta de vivienda, de servicios públicos, de alimentos, de transporte, de educación y de recreación, junto a grandes fábricas además de contaminantes, fuente de productos de fácil acceso solamente para un puñado de personas de grandes ingresos. No olvidemos que más de la mitad de nuestra población tienen ingresos inferiores al llamado ingreso de salario mínimo.
7. Desastres por factores dependientes de la naturaleza y por deterioro ecológico, sin que se cuente con los medios socio económicos ni técnicos para manejarlos ni para prever sus consecuencias.
8. Altos índices de accidentalidad entre los 4 y 44 años vale decir entre la juventud y la población productiva.
9. Altos índices de mortalidad infantil, en ocasiones por encima del 70 por mil nacidos vivos y baja expectativa de vida en ocasiones menor de 58 años, lo cual a la vez que son indicadores de las condiciones de salud, son determinantes de crisis, pues toca con la población extremo en el flujo poblacional, po-

blación de alto riesgo.

10. El interés desmedido de algunos políticos quienes en su mayoría anteponen su egoísta apetencia de poder a la disposición de servicio en favor de la comunidad.
11. Altos índices de analfabetismo. Hay mayores y mejores posibilidades educativas solamente para los pocos de grandes recursos. Grandes limitaciones para los de medianos recursos e imposibilidades para los de sin recursos económicos en la gran mayoría de los casos.
12. Buenas posibilidades de atención médica solamente para el escaso porcentaje, en promedio del 15 o/o de la población, que disfruta de los llamados sistemas de seguridad social oficial, en frente de la gran masa no afiliada, de economía informal.
13. Subvaloración y por consiguientes subutilización de la mano de obra natural autóctona, para dar paso a la gestión y a las tecnologías foráneas con gran salida de divisas.
14. La depresión de la familia como el primero y más importante en torno individual en nuestra sociedad de lazos comunitarios ya muy debilitados.
15. La drogadicción como otro gran flagelo que induce a inversión de valores y destrucción de nuestro mayor recurso humano del futuro.

Estos, y muchos más son en mi concepto los grandes factores que al interior de nuestros países, en promedio, determinan la crisis permanente con períodos de gran exacerbación y necesariamente inter-relacionados con los factores exógenos dentro de los cuales imperiosamente está la llamada deuda externa.

Este factor que mejor será llamarlo "deuda externa" cobra solamente por conceptos de sus intereses, miles de millones de dólares anuales a expensas, en nuestro caso, de los presupuestos de inversión en los rubros más vulnerables como son salud, educación y agropecuario, originándose hasta más no poder, altos índices de retroceso en los servicios de salud en los programas de investigación y en la generación de nuestra propia tecnología.

Cuál será ante este panorama desafortunadamente, tan sombrío y crítico la responsabilidad de la Universidad?

Pues, trabajar con la única y mejor arma que tiene, como es la inteligencia de sus educandos, dedicándolos a través de su formación, en cuerpo y alma, al servicio de ese hombre latinoamericano, de raza única como decía López Pumarejo "mulato, mestizo y tropical" que amalgama en un ser bio-sico-social todo un espectro histórico de costumbres constitutivas de un ser especial con grandes potencialidades, tales que le capacitan con creces para darse la mejor calidad de la vida. Debemos favorecerlo y promoverlo a como dé lugar.

La Universidad tendrá que egresar un profesional cualitativamente diferente. Teniendo presente que la educación y el desarrollo social y económico se interrelacio-

nan en forma muy estrecha para ser estos el objeto primario de aquello.

Si revisamos los cuatro factores fundamentales de cuya interacción se obtiene como resultante la salud: el factor biológico, el medio ambiente, el comportamiento y los servicios de salud, en todos y en cada uno de ellos, la Universidad tiene una gestión obligada en sus egresados para bien de la comunidad y en forma interdisciplinaria y permanente, pues la salud es un continuo proceso.

Para terminar, desde el punto de vista de salud, se requiere que la Universidad egrese profesionales, que para poder subsistir no necesiten de la enfermedad de sus semejantes a quienes se les aplicaría además, la tecnología foránea, adquirida a crédito, con un alto porcentaje inoficioso e inútil pero sí indispensable para la bolsa de las transnacionales. Un profesional que le rinda culto a la salud y no a la enfermedad. Que convenga en que la salud no solamente es ausencia de enfermedad. Que no se dedique a aplicar pasivamente las informaciones foráneas sino, que produzca el conocimiento en favor de la solución de los grandes problemas nacionales, al amparo del método científico, con los recursos estatales adecuados. Un profesional que tenga siempre presente a la familia y a la comunidad como entorno indispensable de su paciente para su recuperación, adaptación y progreso. Un profesional que tenga en cuenta el medio ambiente y abogue por su óptima calidad en función de la salud, en sus componentes biológicos, físicos, químicos, sociales y nutricionales. Debe haber sin demora una acción universitaria a través de sus egresados y de su investigación en favor de la salud de la madre y el niño, recurso invaluable para bien del futuro de los países. Debe haber sin demora, una gestión universitaria en favor de nuestros trabajadores rurales y urbanos con referencia a cada uno de los factores condicionantes de la salud, pues los trabajadores son los que producen nuestros propios recursos.

Necesitamos un profesional con un bagaje adecuado de historia para saber donde estamos hoy y qué tareas nos han sido asignadas, de economía política para conocer mecanismos de producción y los diferentes determinantes de la riqueza y la pobreza, de sociología para adaptarse a una estructura social dada, pues será servidor de la sociedad misma.

No olvidemos que la sociedad y los cambios que en ella operan deben constituir el norte de nuestro desarrollo universitario, de la investigación universitaria, fundamentalmente, no a la zaga sino adelantándose con su inteligencia, a sus diferentes circunstancias en favor siempre de todos como Universidad Idea, creativa y no meramente transmisora, oficiosa, tecnicista en favor de grupos no representativos.

Así será la única forma de justificar su existencia y la de nosotros los universitarios, para bien de la comunidad a la cual todos nos debemos.

Muchas gracias.

LA UNIVERSIDAD Y LA SALUD POPULAR EN AMERICA LATINA

Dr. Saúl Franco Agudelo
Centro de Investigaciones Médicas
Facultad de Medicina
Universidad de Antioquía
Medellín — Colombia

INTRODUCCION:

Considero de gran importancia en la coyuntura actual un debate que permita esclarecer un poco más la trayectoria y el papel de la Universidad Latinoamericana en la Salud del Continente, y, especialmente, en la de los sectores de población que viven hoy los más duros efectos de las injusticias y exclusiones centenarias en la región, agravadas por los más recientes problemas derivados tanto de las condiciones internacionales como de las especificidades nacionales.

Me parece de interés señalar previamente, tres de los más frecuentes riesgos de este tipo de debates: la generalidad, el formalismo y el academicismo. La generalidad se refiere a la frecuente falta de rigor teórico, a la escasa precisión en las categorías y conceptos y en la mezcla indiscriminada de temas, áreas y disciplinas. El formalismo toca con la priorización del escenario y los personajes sobre el contenido; y con el recurso rápido a consignas, fórmulas y modelos de moda. Y el academicismo hace referencia al escaso contacto del discurso con la realidad, a la lejanía de los modelos a la práctica y de las conclusiones y recomendaciones a las acciones y aplicaciones.

La reconocida calidad de los organizadores y demás participantes en este debate, y el compromiso crucial que por la vía de las Universidades e Instituciones Sanitarias tenemos con nuestra realidad latinoamericana, me hacen ser optimista con relación a la superación de tales riesgos en esta ocasión.

El tema mismo de la Discusión: las Universidades y la Salud Popular en tiempos de crisis económica en América Latina, pone de presente los cuatro conceptos básicos cuya identidad e interacciones deben ocuparnos a continuación.

1. LOS CONCEPTOS BASICOS.

De cada uno de ellos: (Universidad — Salud Popular — Crisis Económica — América Latina), tenemos ya bastantes preconociones, elementos, criterios y vivencias. Son ellos justamente el campo dominante del pensamiento y la acción de todos nosotros y de muchos otros compañeros y compañeras del Continente. Y sobre ellos se han escrito —hasta con sangre— suficientes documentos y testimonios. Enfatizamos, sin embargo algunos aspectos de su actualidad.

1.1. LA UNIVERSIDAD

Más allá del campus, del espacio físico, del ente burocrático—administrativo, de la arena de la acción gremial, la Universidad es uno de los espacios sociales de creación y transmisión de ideas, saberes, conocimientos, arte, tecnología. Lo es también de la formación y capacitación para la acción, en los diferentes dominios de las ciencias y de las disciplinas. Es además un territorio de la experimentación, del ensayo, de la puesta a prueba y de la evaluación y ajuste de modelos, de propuestas, de corrientes del pensamiento y la acción de cara a la sociedad que la sustenta y le da razón de ser. Y es, en su íntima naturaleza, conciencia crítica de la sociedad. Conciencia crítica en la sociedad del saber y de la técnica, de la organización y las prácticas económicas, sociales y políticas y de los patrones e instrumentos culturales, éticos y legales.

La autoridad para el ejercicio de esta conciencia crítica no proviene de una delegación ó herencia gratuita de la sociedad. Ni debe buscarla en la subordinación a los poderes e intereses establecidos y dominantes. Nace de la rigurosidad de su trabajo, de su ejercicio analítico, de su práctica científica, de su conocimiento a profundidad, de su búsqueda incansable de verdades y valores.

Desde esta perspectiva, y para el tema que nos ocupa, la Universidad no puede ser entonces solamente, la formadora de un recurso humano funcional a una estrategia particular o a un orden burocrático—administrativo de los servicios de salud. Debe ser mucho más que eso, como lo sabemos todos y lo enunciaremos más adelante.

Es difícil responder a la pregunta de si la Universidad Latinoamericana se está realizando en los términos anteriormente esbozados y si está cumpliendo su papel social en general, y en el campo de la salud en particular. La respuesta es aún más difícil al tratar de superar la generalidad "Universidad Latinoamericana" y enfrentar la realidad concreta de cada una de nuestras Universidades y Facultades. Las respuestas entonces serían tan heterogéneas como las Universidades y Facultades mismas. Pero muy posiblemente tendrían en común elementos tales como: se tiende más a la transmisión y reproducción, que a la creación de saber, arte y tecnología; se logra mejor la formación de profesionales que la de pensadores, investigadores y científicos; se asume más un papel contestatario que el de conciencia crítica; se trabaja más en la asimilación y evaluación de modelos que en la creación e implementación de los mismos; hay más memoria que inteligencia; la crítica y dinámica relación teoría-práctica, se ha inclinado más del lado de la teorización. Y tales respuestas nos evidencian la importancia de lo hecho, para enfrentar a los detractores y nihilistas de la Universidad, pero también nos enseña el largo camino por recorrer.

1.2. LA SALUD POPULAR

Explicitemos una vez más que la salud no es solo la carencia de enfermedad. Convengamos además, en que ella no se agota ni se reduce a la expresión individual, sino que es también un acontecimiento, una realidad social, es decir: que tiene sus condiciones de posibilidad o imposibilidad en procesos que trascienden el funcionamiento orgánico individual y que tiene que ver especialmente con la satisfacción de las necesidades vitales, con el ejercicio intelectual, con las condiciones de trabajo, con el modelo económico, con el ejercicio político, con el funcionamiento psico-afectivo.

Es la salud, proceso y no momento. Las condiciones de salud y no la carencia de enfermedad o la disposición del recurso para tratarla.

El adjetivo de "popular" requiere también algunas consideraciones dado su alto nivel de ideologización. Popular quiere decir del pueblo. Y quién es el pueblo? Más allá de su etimología y de sus consideraciones filosóficas, en la realidad del discurso político actual, el pueblo equivale a los pobres, a los postergados, a quienes no pueden satisfacer sus necesidades vitales esenciales, a los marginados ó expropiados de la riqueza, del saber, de la ciencia, del poder, de las decisiones, del disfrute de las conquistas de la humanidad. El pueblo no es sólo entonces el conjunto de quienes carecen de dinero, aunque regularmente quienes carecen de él, padecen el conjunto de las demás carencias. Todos los carentes de los elementos enunciados conforman esa categoría. Y lo popular es entonces lo que acontece a ellos, lo que producen, tienen, necesitan ó requieren ellos. Por eso, cuando se habla de Medicina Popular, generalmente se entiende la medicina concebida y ejercida por fuera del saber y la práctica dominantes, dentro del pueblo

en la acepción enunciada.

Insisto en que es este el significado real, independiente de valor y el rigor de la categoría.

Más allá de la categoría, el problema real radica en que las características que conforman en la realidad lo anteriormente reconocido como popular, son justamente la negación de la salud, la negación de sus condiciones básicas de conformidad, con el concepto de salud ya expresado. La estrategia más obvia de salud popular, sería entonces la eliminación de las condiciones de privación, insatisfacción, marginamiento y postergación de cualquier sector social que las padezca, lo cual es bastante más complejo que el paternalismo, la compasión, el populismo que con frecuencia están en el transfondo ideológico de las estrategias de salud popular.

Más que para una discusión semántica y aún categorial, me parece de interés esta consideración para llamar la atención sobre el encubrimiento, la mistificación o la confusión que a veces acrecentamos con el uso acrítico de algunos conceptos y la necesidad tanto de decantarlos, como de tocar el fondo de lo que frecuentemente ocultan u ocultamos detrás de ellos. Sin duda abordajes más rigurosos han permitido y permitirán en el futuro acciones más eficaces para la salud de la sociedad.

1.3. EL IMPACTO DIFERENCIAL DE LA CRISIS

De la crisis económica, su origen, sus causas, sus consecuencias y su impacto en la salud, tenemos una rica documentación (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11) ya en este debate se han dado datos y análisis de interés sobre el tema. Quiero referirme sólo a algunos aspectos particulares al respecto.

En primer lugar: la crisis se ha convertido ya casi en una situación normal para algunos sectores. A fuerza de su persistencia, ha perdido su esencial carácter de fenómeno agudo y se ha convertido en una cierta condición de vida, forma de ser y de estar para muchos. Algo semejante a lo que sucede en mi país con una norma constitucional de excepción llamada "Estado de Sitio", que se ha convertido en estado regular, hasta el punto de que los de mi edad y más jóvenes somos la generación del Estado de Sitio.

En segundo lugar: ahora se está dando al interior de los países, una diferencia en los ciclos de la crisis semejante a lo que acontecía a nivel internacional. Cuando en los países industrializados la crisis empezó a ceder, se empezó a hacer sentir con mayor intensidad en los países periféricos ó dependientes. Ahora en estos últimos países mientras los empresarios celebran la superación de la crisis (reactivación económica, incremento de la tasa de ganancia, reinversión y recambio tecnológico, incremento del producto interno bruto), se intensifica el impacto de la misma sobre los sectores de

menores ingresos y, lógicamente, sobre los carentes de ingresos. En Colombia, por ejemplo, mientras la Asociación Nacional de Industriales reconoce por segundo año consecutivo un incremento del P.I.B. del 5 o/o, una reducción del desempleo del 15 al 12.1 o/o y un crecimiento de las utilidades netas de los empresarios de 136 o/o en el primer semestre de este año en relación al anterior (8), cae el poder adquisitivo de los salarios, se reduce el gasto en salud, y los homicidios se convierten en la primera causa de muerte en el grupo masculino de 15 a 44 años (9), llegando a registrarse en la ciudad de Medellín una tasa de 15.2 homicidios por mil habitantes en 1986 (10), tasa que sin duda se está incrementando este año aún a expensas de colegas a quienes rindo un tributo sincero y comprometido desde aquí.

En tercer lugar: la crisis económica se ha hecho sentir en la política. Uno de los mayores factores de inestabilidad de los gobiernos presunta o tendencialmente democráticos de la región, es el costo político de las medidas de ajuste impuestas por la crisis, en especial por la vía de endeudamiento externo. También diferencialmente la crisis se ha hecho sentir en el arte, la cultura, los valores. Lógicamente las universidades no han escapado. Con la forzada limitación de sus presupuestos ha visto limitado su desarrollo científico y tecnológico, en especial las universidades públicas. Y la reducción salarial y del promedio de condiciones de vida del profesorado universitario han sido tan drásticas y sensibles que en Argentina, por ejemplo, hace dos meses que las Universidades están en paro sin que tan grave situación conmueva a la opinión pública.

2. PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA SALUD DE LA SOCIEDAD EN UN PERIODO DE CRISIS

De las anteriores consideraciones sobre la Universidad, la salud y la crisis, surgen una serie de frentes en los cuales la Universidad, debe cumplir un importante papel en la salud de la sociedad. Antes de enunciar algunos de ellos, conviene advertir que es a la sociedad en su conjunto y no sólo a la Universidad a quien compete la tarea de crear, mantener, defender, recuperar las condiciones de salud. La Universidad tiene un papel de colaboradora que debe asumir seriamente, pero reconociendo e inclusive estimulando a las demás fuerzas e instancias sociales al cumplimiento de su respectivo papel en la lucha por la salud.

Conviene anotar además que el papel de la Universidad en la Salud, no es exclusivo de las Facultades de Medicina, ni aún de aquellas conocidas como áreas de la salud. La tarea sanitaria de la Universidad, tiene que pasar por las Facultades de Arquitectura, que piensan problemas como la vivienda, el urbanismo y los ambientes de trabajo; por las ingenierías que enfrentan las cuestiones de la energía, de las vías de comunicación, de las aguas; por las ciencias sociales que contribuyen a entender la naturaleza y dinámica económico-so-

cial de las enfermedades y de las condiciones de salud y que abordan las cuestiones del estado, del poder, del derecho, del comportamiento. Tanto en lo específico de cada disciplina, como en el estímulo al difícil pero necesario trabajo interdisciplinario, es a la Universidad en su conjunto a la que compete la participación en el problema social de la salud.

Entre las múltiples áreas y formas en que la Universidad puede cumplir su papel en la salud de la sociedad en el momento actual conviene resaltar las siguientes:

2.1. Construcción de un conocimiento científico de la salud. Ciertamente en esto la Universidad ha venido trabajando. Pero se requiere intensificar y modificar algunas cosas. Entre ellas: que la cientificidad de la salud no se agota en la racionalidad biológica, natural y matemática; que la salud requiere mucho más que el conocimiento de las enfermedades; que el saber no debe ser un instrumento de dominación, sino de transformación; y que el conocimiento científico no es neutral.

Esta construcción requiere de estudio, de aproximación a los fenómenos y procesos; y de múltiples investigaciones no necesariamente regidas por el imperativo tecnológico.

2.2. Contribuir a proponer, implementar y evaluar prácticas y acciones orientadas a crear condiciones de salud; a recuperar el estado de salud cuando se ha alterado, y a prevenir su alteración o deterioro. Tales prácticas y acciones comprenden, pero superan lo que conocemos como práctica médica. Lógicamente tales prácticas y acciones, sólo pueden demostrar su validez y eficacia cuando se realizan en la sociedad.

2.3. Con base en el conocimiento de la salud, formar una conciencia sanitaria en todos los universitarios. Capacitar específica y adecuadamente a quienes serán los agentes de las prácticas y acciones por la salud, en los diferentes niveles. Y contribuir eficazmente a la educación masiva para la salud.

2.4. Reconocer, analizar, y señalar a la sociedad las condiciones y procesos favorables y adversos a la salud, para estimular los primeros y combatir los segundos.

2.5. Ser conciencia crítica permanente del conocimiento, las prácticas, los servicios, los programas, las campañas, la tecnología y la legislación en salud.

2.6. Realizándose la problemática de la salud y la enfermedad dentro de la suprema polaridad vida—muerte, compete también al trabajo sanitario de la Universidad, la comprensión de lo comprensible de la muerte. Y su tarea

sanitaria esencial será la defensa de la vida y de las condiciones que la hacen digna y amable.

Quito — Octubre 6, 1987

BIBLIOGRAFIA

1. Laurel, A.C. y Márquez, S.M. Crisis y Salud en América Latina. México, Mayo 1982. México.
2. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. No. 21. Segundo Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Managua, Nicaragua. Enero—Abril 1982. San José, Costa Rica.
3. Franco, S. Crisis y Salud: Una relación por explorar en Colombia. Cuadernos Médico—Sociales. 32: 21—32. Rosario, Argentina 1985.
4. Musgrove, P. The economic crisis and its impact on Health and Health care in Latin America and The Caribbean. International Journal of Health Services. 17:3 (411—441). 1987.
5. UNICEF. Situacao Mundial da Infancia. 1986. Brasilia, 1987.
6. Sepulveda, J. Crisis y Salud de los trabajadores en América Latina. Cuadernos Médico—Sociales. 40: 5—24. Rosario, Argentina, 1987.
7. O.P.S. /O.M.S. Las condiciones de Salud en las Américas: 1981—1984. Publicación Científica 500. Washington. 1986.
8. Semana: Fabio el Optimista. 281: 22—25. Septiembre 22—28. 1987. Bogotá.
9. Servicio Seccional de Salud en Antioquía. La Violencia en Antioquía, una crisis que compromete a todos. Boletín Epidemiológico de Antioquía. XII (1): 5—42. Medellín. Enero a Marzo, 1987.
10. Universidad Nacional de Colombia. Colombia: Violencia y Democracia. Comisión de estudios sobre la vivencia. Junio de 1987.
11. O.P.S./O.M.S. La crisis económica y su repercusión en la Salud. Boletín O.P.S. 100 (6): 648—659. Washington. Junio, 1986.

LAS UNIVERSIDADES Y LA SALUD POPULAR EN TIEMPOS DE CRISIS ECONOMICA

Antonio Meza Cuadra (Perú)

1. INTRODUCCION:

La recesión económica y la deuda externa, agravada en la presente década, le ha impuesto un demoledor tributo a los países de América Latina y El Caribe. La dramática crisis socio económica, si bien ha afectado en mayor o menor grado a todos los países de la región, sus repercusiones en los sectores sociales, particularmente en salud y educación, han sido de distinta intensidad en función de las reacciones y respuestas de los gobiernos.

Aunque menos enfatizados por los economistas y expertos en desarrollo, los costos sociales de la deuda externa han sido tan grandes o más que las pérdidas económicas. Sobre el particular, Antonio Ortiz Mena, Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), señaló: "En varios de nuestros países, los niveles del ingreso per cápita de hoy son comparables a los de hace una década; en algunos han retrocedido a niveles que prevalecían hace una generación; en un sustancial número de países, el ingreso de los trabajadores ha perdido hasta un 40 por ciento de su poder adquisitivo, y en algunos otros casi el 25 por ciento de la fuerza de trabajo está desempleada. Enfermedades endémicas que habían sido erradicadas a un gran costo hace diez años, están reapareciendo, particularmente en la región centroamericana", (1).

2. ALGUNAS CONSIDERACIONES ECONOMICO SOCIALES Y CONTRAINDICACIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN AMERICA LATINA:

2.1. La crisis económica y social en América Latina.

Al inicio de la década del 80, América Latina debió enfrentar la crisis económica más profunda, que ha vivido desde los años de la gran depresión. En el desarrollo de este proceso se pueden identificar causas coyunturales o internas, que tocan con las decisiones y comportamientos políticos de los gobiernos, pero también factores estructurales, que tocan con el comportamiento de las economías de los países industrializados.

Los primeros años de la década están signados por una fuerte caída del producto, por una reducción de las tasas de inversión, por la presión inflacionaria, el incremento del desempleo y subempleo y por la reducción real de los salarios. La contraparte de esta situación en el frente externo, se caracterizó por alzas en los tipos de cambio, pérdida de recursos internacionales y un sustantivo incremento en el servicio de la deuda externa.

La causa de fondo, en nuestra opinión, radica en la nueva distribución internacional del trabajo que adopta el sistema para paliar su crisis, trasladando sus efectos a los países de capitalismo atrasado.

En este esquema se nos reasigna el rol de exportadores de materias primas e importadores de productos manufacturados. Se destruye así la incipiente industria nacional y por tanto aumentan las tasas de desempleo y subempleo. El nuevo modelo económico en la mayoría de los países, por su carácter antipopular, tiene que ser aplicado previo golpe de Estado autoritario y represivo y ello explica las dictaduras vividas en muchos países de la región.

Lo real es que, en este marco de trasnacionalización de nuestras economías, los presupuestos fiscales son cada vez menores y su reducción se hace a expensas de los presupuestos de los sectores sociales, entre ellos el destinado al sector salud.

Según el Director de OPS, Carlyle Guerra de Macedo, en América Latina, más de 130 millones —más de la tercera parte de la población— sufre de alguna forma de desnutrición; la mortalidad infantil ha aumentado en varios países, y los recortes presupuestarios afectan, fundamentalmente, a salud y a otros sectores sociales, que son los primeros en ser reducidos en tiempos de crisis. Sin embargo, es en este momento que la población más necesita de servicios sociales. Las importaciones sanitarias incluyendo equipos y medicamentos han descendido agudamente y los programas de investigación médica experimentan una grave escasez de fondos, (2).

Si bien sería una pretensión exagerada presentar un nuevo paradigma económico para América Latina, lo que cada vez resulta más claro y evidente, es que el peso de la deuda acumulada es de tal magnitud, que el movimien-

to de repudio a ella es cada vez más creciente, al mismo tiempo, que va ganando terreno la toma de conciencia de que es impagable e incobrable, al punto que Alberto Bressand (Mastering the "World Economy"), reconoce que la identificación de esa realidad "podrá constituirse en el camino para salir de una trampa explosiva".

Las repercusiones de la crisis en la salud y la población de la región, son dramáticas y dolorosas. Sin perder de vista la búsqueda de una solución estructural y, por tanto, integral a la crisis y sus repercusiones, el Director de OPS/OMS señala: "La crisis económica proviene de una falta de recursos pero la crisis social es, en cierta medida, evitable si los recursos disponibles se usan apropiadamente. Por lo menos 700.000 muertes al año podrían evitarse utilizando la tecnología y los recursos que ya tenemos. Piénsese en esto: 700.000 muertes innecesarias cada año, simplemente porque no tenemos el mejor uso de nuestros recursos".

Asimismo señala: "Los problemas de salud son, por sobre todo, problemas políticos. No pueden ser resueltos sólo por medios técnicos. Nuestra tarea es tomar los problemas sociales, que hasta ahora han estado confinados en gran parte en el sector tecnológico, y trasladarlos a la arena política. Cuando la gente haga conciencia de la verdadera naturaleza de la crisis sanitaria y comience a hablar con claridad, habrá entonces esperanza de un mejoramiento, (2).

La Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS ha empezado por estudiar en seis países las consecuencias de la presente crisis económica en la región sobre la salud y la atención sanitaria (3), centrando el estudio en los gastos de salud de los gobiernos centrales que, según se supuso, tendrían una reacción más rápida y serían más fáciles de medir que el estado de salud. Seguidamente se realizó un estudio sobre la financiación pública de la atención de salud en América Central (4). En octubre de 1985 se emprendió un tercer estudio utilizando información de 25 países (5), el mismo que es analizado por Philip Musgrove (6) en un artículo en el que se evalúan las repercusiones de la crisis económica sobre la salud.

El Dr. Philip Musgrove (6), asesor en economía de la salud de la OPS/OMS, señala: "Aceptando que la recesión requiere ajustes en el gasto gubernamental para estimular las exportaciones y reducir las importaciones, ¿es también necesario reducir los gastos destinados a la salud? Y, por muy necesario que sea, bajo la presión del momento, ¿es ello sensato? Recientes y pasadas experiencias de un conjunto de países, tanto empíricas como teóricas, sugieren que la respuesta es NO. Los esfuerzos en favor del cuidado de la salud, sean cuales fueran sus alcances, debieran ser anticíclicos, es decir, incrementarse en tiempos de privaciones económicas y reducirse, o al menos no expandirse tan rápidamente como la economía, en los buenos tiempos".

La actitud y la respuesta contradictoria de los gobiernos en materia de salud pública, se debe, a que las necesidades sanitarias aumentan durante la recesión. La caída de los ingresos reales, condicionan un menor consumo de alimentos para las familias pobres, especialmente para la población infantil, y, consecuentemente, mayores posibilidades de enfermedad. Las consecuencias nutricionales de un ingreso reducido se acentúan sí, al mismo tiempo, los gobiernos reducen los subsidios de los alimentos o se ven forzados a disminuir las importaciones de esos productos. En aquellos países auto suficientes en alimentos, este último efecto puede no ser tan serio, pero el incremento de los precios sigue afectando particularmente a la población de los estratos económico sociales más bajos, (7), (8). La distribución del ingreso tiende a hacerse más desigual durante la crisis, elevando la incidencia de pobreza y desnutrición, aunque el ingreso promedio descienda sólo ligeramente. Adicionalmente pueden darse problemas específicos secundarios de salud debido a privaciones económicas, tales como un mayor stress mental y más frecuentes incidencias de violencia.

En este marco, la propuesta de "Salud para Todos en el Año 2000", (10), (11), (12), resultará muy difícil o imposible de alcanzar en la mayoría de los países de la región. Esta afirmación, que constituye un dato objetivo de la realidad, esta sustentada en el convencimiento de que el mejoramiento de la salud humana sólo será posible cuando se la entienda como un derecho fundamental del hombre y una responsabilidad compartida entre el Estado y la sociedad; en tanto no desaparezcan las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud a escalas nacional e internacional, en tanto no se luche fundamentalmente contra la pobreza, el hambre, la ignorancia y la insalubridad, (9).

2.2. Las contradicciones de los sistemas de salud en América Latina.

- 2.2.1. Ausencia de una política de salud definida, y/o desfase entre el discurso y la propuesta política en salud y las acciones concretas que se ejecutan.
- 2.2.2. Organización sanitaria deficiente, caracterizada por la existencia de una pluralidad de Instituciones sin ningún nivel de integración y con una muy débil o inexistente coordinación.
- 2.2.3. Falta de coordinación entre las instituciones formadoras del personal de salud y las instituciones usuarias del recurso.
- 2.2.4. Sistemas de registros estadísticos de información de limitada cobertura, incompletos y poco confiables.
- 2.2.5. Priorización de las actividades recuperativas, en desmedro de las preventivas y promocionales.
- 2.2.6. Escasez y mala distribución de los recursos humanos y materiales, privilegiando a los grupos de mayor capacidad de consumo, en desmedro de los de mayores necesidades.
- 2.2.7. Tendencia a una indiscriminada especialización, en detrimento de la formación de médicos generales y el énfasis en la atención primaria.
- 2.2.8. Sofisticación y elevados costos de la atención médica, tanto en equi-

pos y medicamentos, confundiendo la excelencia técnica con la excelencia tecnológica.

- 2.2.9. Predominio de la atención hospitalaria sobre la atención ambulatoria y por tanto escasa descentralización.
- 2.2.10. Arbitrario desplazamiento y satanización de la medicina tradicional.
- 2.2.11. Distorsión del ejercicio médico, por la contradicción entre la asistencia estatal y la asistencia privada.
- 2.2.12. Predominio de la medicina liberal sobre la medicina social.
- 2.2.13. Evidente frustración y descontento de la población, frente al trato que reciben de las instituciones estatales.
- 2.2.14. Frustración y descontento de los trabajadores de la salud, ante el trato que reciben del Estado.
- 2.2.15. Ausencia o limitado trabajo en equipo del personal de salud.
- 2.2.16. Ausencia, limitación o manipulación de la participación activa y autonomía de la población organizada en la solución de sus problemas de salud.
- 2.2.17. Niveles de atención insuficientes, de cobertura baja, de poca eficiencia y oportunidad que genera un bajo nivel de salud.

En esta relación de algunas de las características del sector salud, sin duda incompleta, resulta importante subrayar que la mayoría, sino la totalidad de los problemas son consustanciales con la función del Estado y con la necesidad de mantener y reproducir el modelo económico que representa, (13), (14).

3. LA CRISIS ECONOMICA Y SUS REPERCUSIONES EN SALUD.

Señalados los factores fundamentales de la crisis, ejemplificadas con el producto interior bruto por habitante (cuadro No. 1), el gasto en salud del gobierno central por habitante (cuadro No. 2), y el porcentaje del presupuesto nacional dedicado a la salud, así como otros indicadores básicos (cuadro No. 3), son sumamente elocuentes.

El cuadro 1 muestra nítidamente como los ingresos disminuyeron en 1980-1983, en forma considerable, en casi todos los países. El descenso del consumo total por persona ha sido dramático, retrocediendo al nivel de 1970 o incluso a niveles inferiores, como es el caso de Argentina, Barbados, Bolivia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guyana, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay. Estos promedios dicen muy poco de la forma como se distribuyen las variables económicas en los diferentes grupos de población. La tasa oficial de desempleo urbano ha aumentado considerablemente en muchos países, duplicándose en algunos con la crisis. Algunos cálculos revelan el incremento del "empleo subterráneo", de baja productividad y que no proporciona ninguna protección contractual a los trabajadores, (15).

Si bien el gasto en salud pública de los gobiernos no expresa, comparativamente,

los esfuerzos nacionales realizados en atención médica, pueden permitirnos apreciar también el impacto de la crisis (ver cuadro No. 2). En efecto, el gasto real por persona disminuyó un 20 por ciento o menos en Colombia, Honduras, Jamaica y Uruguay, pero más del 40 por ciento en Argentina, Costa Rica, Guyana, República Dominicana y Surinam. Tres países alcanzaron su nivel más bajo en 1982, pero otros seis no lo hicieron hasta 1983. El gasto total para la salud como porcentaje del PIB, el porcentaje del presupuesto dedicado a salud y los indicadores básicos de salud (cuadro No. 3), confirman las apreciaciones señaladas en lo referente a las repercusiones de la crisis.

Hay abundantes investigaciones que prueban, que cuando aumentan los ingresos, mejora el estado de salud: disminuye la mortalidad infantil, desaparecen determinadas enfermedades y aumenta la esperanza de vida (16), (17), (18), (19).

La relación entre deterioro económico y el aumento de la morbilidad y mortalidad varían enormemente según la enfermedad de que se trate. Es probable que el empobrecimiento no tenga ningún efecto sobre el cáncer o las enfermedades vulnerables a inmunizaciones, pero es seguro que la morbilidad se incrementará significativamente en otras áreas.

Las pruebas más concretas del efecto de la crisis económica en el estado de salud proceden de los trabajos del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), (8), (20), que comprende análisis, hechos durante 1983-1985 en el Brasil (21), Chile (22), Cuba (23), Bolivia, (24), y particularmente en el Perú, (25).

Aunque la mayoría de los datos corresponden a 1982, las cifras que muestra la investigación realizada, muestran nítidamente la relación entre crisis económica y nivel de salud. Es necesario anotar también, que el deterioro del bienestar es más evidente que el deterioro del estado de salud.

Los análisis confirman que la recesión económica empobrece a la gente y por tanto afecta dramáticamente la calidad de vida, pero no condicionan, necesariamente, que esté más expuesta a los riesgos de enfermar y morir. Como la mayor pobreza no afecta a todas las enfermedades por igual, los estudios de UNICEF se centraron en la salud de los niños, pues gran parte de la morbilidad y mortalidad de los adultos, es bastante insensible tanto a las condiciones económicas como al nivel y a la calidad de los servicios públicos (26), (27).

Uno de los aspectos más interesantes de las investigaciones realizadas, lo constituye el hecho, en cierto modo demostrado, de que no existe, necesariamente, una exacta correlación entre la gravedad de la crisis económica y sus repercusiones en la salud, ya que, por ejemplo, algunas enfermedades infecciosas pueden controlarse, con cierto grado de eficacia, mediante programas de inmunizaciones, sin enfrentar el entorno económico social. Esta comprobación refuerza el convencimiento de que es necesario profundizar la búsqueda de indicadores de calidad de vida, en reemplazo o complemento de los fríos indicadores de tasas de morbi mortalidad, que se

pueden modificar con medidas paliativas, sin tocar las raíces del problema que tiene una directa relación con la base económica y el injusto ordenamiento social.

En Brasil hubo un aumento de la mortalidad infantil entre 1983 y 1984, en gran parte relacionado con una epidemia de sarampión (21); en Chile los datos de 1982 demuestran que la mortalidad infantil disminuyó a pesar de la recesión (22), pero ello, desde nuestro punto de vista, debido a programas verticales como el de inmunizaciones, que reducen la mortalidad en menores de un año, sin precisar ni la calidad de vida, ni el futuro de la población infantil. En Cuba la reducción de la mortalidad infantil y de otros indicadores (23), ha ido evolucionando paralelamente con el bienestar y la calidad de vida, expresada alta expectativa de vida, consumo de calorías per cápita, escolaridad, ocupación plena, etc.

Bolivia presentó un aumento espectacular de la mortalidad infantil por desnutrición entre 1973 y 1982. Los datos procedentes de un Hospital boliviano indican que la malnutrición moderada se había duplicado desde 1977 y que había habido en 1984 un aumento pronunciado de la malnutrición grave y de las defunciones por gastroenteritis o enfermedades diarreicas, (24). En el Perú, la situación experimentó un franco retroceso. En efecto, la expectativa de vida de 58 años en 1982, según el informe del Banco Mundial se redujo a 56 en 1984, la mortalidad infantil se mantiene en cifras del orden de 100 por mil, y han reaparecido, en niveles alarmantes, enfermedades controladas o casi erradicadas como: Poliomielitis, sarampión, rabia humana, malaria, fiebre amarilla y enfermedad de Carrión, modificando el perfil epidemiológico del país, (25).

4. EL ROL DE LAS UNIVERSIDADES

La condición de países subdesarrollados y dependientes de la mayoría de los países de la región, le confieren a la educación un rol limitado a subrayar la concentración y la marginación y a postular la idea de que "la educación es la base del desarrollo" y que por tanto se justifica en cuanto "habilitación de recursos humanos" para aumentar la "productividad" de la "mano de obra". Se trata, en esa perspectiva, de modernizar la educación para, a la vez que hacerla más eficiente, contribuya a la reproducción del sistema. Desde nuestro punto de vista, de lo que se trata es de tener claros los conceptos que engloba, de comprender que la educación es buena porque la sociedad es buena y no al revés. Se trata también de entender la articulación de la educación en general y de la enseñanza médica en particular con la estructura social y por tanto la influencia de las corrientes existentes en las ciencias sociales y las escuelas filosóficas con las cuales éstas se relacionan, (14). La total autonomía de la medicina y también de la educación y, por consiguiente, su independencia de la estructura social o de las partes, instancias o elementos que la integran, ya no es postulada, (28). La discusión actual se orienta más bien a la búsqueda del grado de autonomía que dentro del conjunto social corresponde a las instituciones formadoras de médicos y hasta donde es posible o no, introducir reformas al interior de la universidad, sin trans-

formar la práctica médica y la sociedad, (29).

Se trata de entender que la educación por sí sola no es la base del desarrollo, ni menos su "primus movens", su primer motor, como ingenua o interesadamente sostienen las corrientes positivistas o neopositivistas. Debemos estar claros en entender que sólo puede haber una reforma profunda de la educación, y ésta como fenómeno cultural, cuando dicha reforma se de en el contexto de otras reformas estructurales socio económicas que afecten la propiedad de los medios de producción y rompan los monopolios y la dominación. La educación viene así a insertarse como un apoyo, aceleración, profundización y consolidación de la continuidad, en el proceso de transferencia del poder económico, social, cultural y político de la oligarquía al pueblo. Las postulaciones tan difundidas de "primero hay que educar", ha sido el engaño de quienes han querido evitar o postergar indefinidamente las reformas estructurales, (30).

Es en esta línea que no resulta extraño que hayan fracasado todos los esfuerzos por modernizar y actualizar los sistemas educativos, cuando en la estructura intocada de la dominación interna y de la superimposición piramidal de las clases sociales, la educación mejorada seguía sirviendo a los intereses de la clase dominante y acentuaba la distancia, condicionando el fracaso de grandes masas populares marginadas por el sistema educativo.

En este marco global, las universidades de América Latina, además de las contradicciones señaladas, también han sido víctimas de la crisis económica. Los presupuestos asignados por los gobiernos a la universidad nacional, no sólo fueron sistemáticamente reducidos, sino que se impulsó una política de franco apoyo a la privatización de la educación y de los servicios de salud.

En el campo de la Educación Médica, la propuesta de "Salud Para Todos en el Año 2000", ha permitido encontrar un espacio de discusión para identificar de qué manera la Universidad, en su responsabilidad de formar el personal de salud, puede contribuir a lograr que sus egresados se conviertan en instrumentos y soportes del cambio social y de la aspiración de que sean útiles para alcanzar la meta de "Salud para Todos".

Aceptando como válida la tesis de J.C. García (28), de asumir una cierta autonomía relativa de los sectores de la salud y la educación, se trata de entender que la Universidad renovada puede producir más y mejores profesionales de distintos niveles y ampliar los servicios sociales que presta a la comunidad. Pero habrá que agregarle algo más para que pueda hacer confluir a los universitarios con los sectores populares, en formas fecundas de convivencia y de coeducación en que, unos y otros tengan algo que aprender y algo que enseñar recíprocamente, (31), (32), (33), (34).

En la tarea de potenciar los esfuerzos para alcanzar la meta de "Salud Para Todos

en el Año 2000", la OMS encargó a un comité de expertos el estudio y las propuestas destinadas a determinar las necesidades del personal de salud, mediante la atención primaria, (35). En esta perspectiva, sin perder de vista la necesidad de un nuevo orden social para hacer plena la participación y el rol de la universidad, quedan por delante todo un conjunto de tareas. Una Universidad que viva los intereses sociales mayoritarios y que se comprometa con la transformación de la sociedad, debe tener en cuenta que: se aprende estudiando, investigando, enseñando, aplicando creativamente lo que se sabe a la solución de problemas concretos, se aprende también trabajando y fundamentalmente viviendo y participando en la vida de la comunidad. Hay que superar por tanto el estilo retórico, la didáctica memorística, el burocratismo y el academicismo, (36).

En el campo de la salud, con la atención primaria, la participación autónoma de la comunidad y el trabajo multidisciplinario integrando el estudio con el trabajo en acciones concretas, se abren enormes potencialidades de aprovechar el "espacio social", (37), que estas circunstancias condicionan, para identificar de forma completa e integral la salud del individuo, la familia y la comunidad, analizarlos críticamente, ordenarlos, clasificarlos, entenderlos y plantear las soluciones que el estudio y su comprensión integral así lo amerite.

Es evidente que una nueva concepción de Universidad resulta inviable o por lo menos con frustrantes limitaciones, en naciones coactadas por el viejo orden. Las mismas limitaciones le planteará un gobierno reformista que juzgaría temerario despertar la participación y movilización de la juventud y las potencialidades de una Universidad puesta al servicio de las mayorías. Pero de eso se trata, sobre todo para América Latina, con países marcados por el abuso y las vicisitudes de siglos de dependencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Ortiz Mena Antonio; Informe al Banco Interamericano de Desarrollo; (BID); 1985.
2. Guerra de Macedo Carlyle; OPS/OMS, 1985.
3. La Crisis Económica en América Latina y el Caribe y sus repercusiones en el sector salud; XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, Septiembre—Octubre 1984; Washington DC (OPS, documento inédito CD 30/16 1984).
4. Suárez R.; Estudio sobre el financiamiento del sector salud en los Países de Centro América y Panamá, Washington D.C. Agosto de 1985 (OPS Documento inédito preparado por la División de Coordinación, Análisis y Planificación estratégica).
5. Musgrove, P.; The economic crisis and the impact on health and health care in Latin American and the Caribbean; Reunión del Subcomité de la OPS de Planificación y Programación; Washington DC; 11—13 de diciembre de 1985

- (OPS, Documento inédito, SPP 6/4).
6. Musgrove, P., Repercusiones de la Crisis Económica sobre la Salud y la Atención Sanitaria en América Latina y el Caribe; *Crónica de la OMS*, 40 (4): 171-176 (1986).
 7. Meza Cuadra, Antonio; *La Infancia en el Perú*; Autoeducación, Año 5, No. 15, Octubre-Diciembre, 1985.
 8. Grant James, P.; *Situación de la Infancia en el Mundo*; UNICEF; 1987.
 9. Castro Fidel; *La Crisis Económica y Social del Mundo*; Informe a la VII Cumbre de los Países no Alineados; (1979-82/83).
 10. OMS/UNICEF; *Atención Primaria de Salud*; Serie Salud para Todos; No. 01; 1978.
 11. OMS; *Formulación de Estrategias para alcanzar Salud para todos en el año 2000*; Serie Salud para Todos; No. 02; 1979.
 12. OMS; *Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000*; serie salud para todos No. 03; 1981.
 13. Velásquez T. Jorge; *Perfil ocupacional básico del Médico*; Tesis Doctoral UNMSM; 1983; Lima, Perú.
 14. Meza Cuadra, Antonio; *Marco Conceptual de la Educación Médica y Salud para Todos en el Año 2000*; *Sociedad y Salud*; Año I, No. 2-3; 1986.
 15. Tokman, V.E.; *The Employment Crisis in Latin América*; *International Labour Review*, 123 (5): 585-598 (1984).
 16. Meza Cuadra, Antonio; *Nivel de Vida y Salud*; Ed. Causachum; 1972.
 17. Breilh J.; Granda E.; *Investigación de la Salud en la Sociedad*; Min. Previsión Social y Salud Pública; Bolivia, 1985.
 18. Breilh y Col.; *Ciudad y muerte infantil*; Ed. CEAS; Quito, Ecuador; 1983.
 19. Barlow, R.; *Health and economic. Development: A Theoretical and Empirical Review*. En Serageldin, I. ed. *Research in Human capital and development*; Vol I; Greenwich, Conneticut, JAI, Pres, 1979.
 20. UNICEF; *The State of the World's Children*; Nueva York; 1984, Cap. IV.
 21. Macedo R.; *Brazilian Children and economic crisis: evidence from the state of Sao Paulo*, *World Development* 12 (3): 203-222 (1984).
 22. Foxley A. y Raczyński, D.; *Vulnerable Groups in recessionary Situations. The case of Children and the young in Chile*; *World Development*, 12 (3) 223-246 (1984).
 23. Gutierrez Muñoz J.; Et Al; *The recent World, Wide Economic Crisis and the welfare of children: The case of Cuba*; *World Development*, 12 (3), 1984.
 24. Anaya R.M.; Et Al; *La Crisis Económica en Bolivia y su Impacto en las Condiciones de Vida de los Niños*; La Paz; Imprenta Papiro, 1985.
 25. Meza Cuadra, Antonio; *La Crisis Económica en el Perú y la Salud y el Desarrollo del Niño*; "La Semilla", Lima, Perú, 1984.
 26. Mc Greevey, W. P.; *Health and Health Care in the Brazilian Recession*; Washington D.C.; Banco Mundial; Departamento de Población, Salud y Nutrición; 1985.
 27. Meza Cuadra, Antonio; *La Salud en el Segundo Belaundismo*; Perú: ¿Cómo Va la Salud?; Cuadernos Peruanos No. 8, 1985.

28. García J.C.; Las Corrientes del Pensamiento en el Campo de la Salud; Medicina y Sociedad; Educación Médica y Salud, Vol 17; No. 4; 1983.
29. Castellanos P.L.; La formación del Médico en la Realidad de cada País; Marco Teórico y Objetivos generales; XII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina; UDUAL; Honduras; 1982.
30. Chiappe Leopoldo; La Liberación de la Educación en la Revolución Peruana; Participación; Año II; No. 2; Febrero, 1973.
31. Ribeiro Darcy; La Universidad Nueva, Un Proyecto; Ed. Ciencia Nueva, 1973.
32. Tunnerman Carlos; Ensayos sobre la Universidad Latinoamericana; Ed. EDUCA; 1981.
33. Freire Paulo; La Educación como Práctica de la Libertad; Montevideo; Tierra Nueva; 1969.
34. Freire Paulo; Pedagogía del Oprimido; Ed. Incompleta; Introducción del Profesor Ernani M. Fiori; Santiago 1969.
35. OMS; Necesidades de Personal Sanitario para Alcanzar la Salud Para Todos en el Año 2000, Mediante la Atención Primaria; Serie Informes Técnicos 717; OMS/1985.
36. Ribeiro Darcy; La Universidad Peruana; Ediciones del Centro de Participación Popular; 1974.
37. Ordóñez C. Cosme; El Enfoque Clínico-Epidemiológico y Social: un Nuevo Reto; Sociedad y Salud; Año I, No. 2-3; 1986.

LA UNIVERSIDAD Y LA SALUD POPULAR EN TIEMPO DE CRISIS ECONOMICA

Rubén Darío Solís Cabrera,

1. INTRODUCCION:

Tres elementos de análisis nos plantea el presente Panel—Foro, todos ellos de inmensa complejidad e interdisciplinariedad y ellos son en su orden literal: la Universidad, la Salud de los Pueblos y la Crisis Económica.

Ordenando el tema y por razones dialécticas deberíamos considerar la Crisis Económica actual como primer término y deberíamos tipificarla bien, señalar su naturaleza, sus causas, su profundidad y los responsables. Los otros dos términos del Panel si bien no en forma mecánica o determinista deberían hallar en ese marco su principal referente.

2. LA CRISIS ECONOMICA DE AMERICA LATINA:

2.1. Su Naturaleza: Es evidente que América Latina vive una etapa de recesión económica muy aciaga, solamente comparable históricamente han dicho los Cientistas Sociales a la Crisis de los años 30, caracterizada por:

- Elevadas tasas de inflación y agudo encarecimiento de la vida.
- Devaluación del poder adquisitivo de la moneda, escalada constante de la divisa norteamericana y depreciación permanente de los salarios.
- Reducción drástica de la Reserva Monetaria Internacional.
- Graves distorsiones en la balanza comercial y la balanza de pagos.
- Reducción de la productividad de nuestros suelos.
- Grave estancamiento del desarrollo—inflación.

— Presupuestos con insalvables déficits.

2.2. Sus Causas: Esta situación de crisis económica que afecta a la inmensa mayoría de los latinoamericanos y que la hemos trazado en los breves indicadores que son ampliamente conocidos, no puede deberse a factores telúricos, tampoco a las contingentes variaciones en el precio del petróleo, a la baja productividad de nuestros campos o a la idiosincrasia de los habitantes de nuestro continente. Las verdaderas causas de la crisis creemos debe buscarse en la entraña del sistema capitalista que determina:

- Una cada vez mayor concentración de la riqueza nacional, de los ingresos, de los capitales, en pocas manos.
- En la constante transferencia de nuestro excedente económico hacia el exterior por la vía de la remisión de las utilidades de las Transnacionales y Monopolios instalados en los países de América Latina.
- Una injusta y desigual política de intercambio en virtud de la cual nuestros países periféricos venden a las Metrópolis las materias primas o los productos parcialmente elaborados o manufacturados a precios irrisorios y compran los bienes de capital, los productos industrializados, la tecnología a precios de endeudamiento.
- Un endeudamiento externo creciente que obliga al pago de intereses, tasas de amortización y comisiones que hipotecan severamente los presupuestos fiscales y lo que es más grave aún supeditan el funcionamiento económico-financiero de los países latinoamericanos a los planes del Fondo Monetario Internacional, una especie de soga que aprieta cada vez más el cuello de los pueblos a través de los stand by, de los planes de refinanciación y estabilización, y del chantaje internacional del “crédito” que tienen los países.

2.3. Las Secuelas: Esta situación económica origina:

- Una creciente dependencia de nuestros países frente al poder imperial y sus grandes monopolios financieros.
- Un grave deterioro de la soberanía nacional de los países latinoamericanos.
- Un subdesarrollo marcado, que se manifiesta en la reducción de los programas sociales de educación, salud, vivienda, nutrición, recreación; distorsión en los planes de capitalización interna que abarca los campos de la industria y la pequeña industria, la agricultura, la artesanía.

2.4. Los Causantes: Cuáles los causantes? Naturalmente los que toman las decisiones políticas y económicas y según eso no pueden ser sino:

- Los Gobiernos antipatrióticos de Latinoamérica, títeres del Gobierno de los Monopolios de Estados Unidos, presidido por Ronald Reagan.
- Las oligarquías nacionales, dueñas de los medios de producción y distri-

bución y que detentan directa o indirectamente el poder político, concentran la riqueza e impiden el desarrollo de las fuerzas de la producción material científica, tecnológica y cultural de América Latina.

SEGUNDA PARTE

LA SALUD POPULAR.—

Preferiría llamar la Salud de nuestros Pueblos, en el sentido de connotar la salud del 90 o/o de los habitantes de nuestros países. El 10 o/o no tiene problemas, no sufre la explotación y la crisis. Vive de ella, son sus usufructuarios.

La Salud de nuestros pueblos, en el sentido más lato, es un indicador de la crisis del sistema concentrador y monopolista y se expresa:

- En los bajos rubros destinados en los presupuestos de los Estados Latinoamericanos, para la salud.
- La marginalidad de vastos sectores populares, que siguen acordonando de miseria las grandes ciudades.
- El abandono de los campos que propicia la migración de la fuerza de trabajo.
- Las altas tasas de desocupación superiores al 10 o/o en el continente.
- Las altas tasas de ocupación informal que rebasa el 50 o/o y que deja ingresos menores al salario mínimo vital.
- El déficit de vivienda y el empeoramiento creciente de las condiciones habitacionales, que crea hacinamiento y enfermedad.
- Los abrumadores índices de subnutrición y desnutrición superiores al 60 o/o del total de la población.
- El relegamiento de los derechos sanitarios de la población en materia de agua potable, canalización sanitaria, control de vectores, mejoramiento del medio ambiente, etc.
- Y como denominador común de toda esta nefasta situación, políticas de salud incoherentes, demagógicas, sin ninguna planificación o con una planificación escrita en el papel.

TERCERA PARTE

LA UNIVERSIDAD:

Consideramos que la Universidad constituye en la generalidad de los países Latinoamericanos un espacio de expresión científica, cultural y política importantes. La posibilidad de poder en su interior discutir, confrontar las ideas, criticar, resistir al sistema, ayuda a que los jóvenes que allí se educan puedan optar por una posición democrática de cambio. El problema puede estar en cuánto de aquéllo sale al exterior e influye decisivamente.

La Universidad como una Institución que trabaja con todo el material ideológico, tecnológico, cultural y legal del sistema, es sacudida por serias contradicciones.

- La del cambio y la reforma frente al tradicionalismo y el Statu—quo.
- La del profesionalismo como una demanda de la Sociedad de consumo: especialistas y superespecialistas que dimensionan la Sociedad unilíneamente a través del agujero de su especialidad.
- La de la Teoría y la Práctica que acarrea grandes frustraciones. Ideólogos que exhiben comodidad, bienestar y utilitarismo y claustralmente predicán lo contrario.
- El mercado profesional, que deja a centenares y miles de personas sin posibilidades de simplemente supervivir.

De otro lado podríamos indicar que en la mayoría de los países Latinoamericanos, la política estatal frente a las Universidades es mezquina y restrictiva y tiende a acotar su espacio, a mermar su influencia, a estrangularla económicamente, a reemplazar la versión de las Universidades del Estado, por Universidades Privadas o Institutos de altos estudios, que satisfagan las necesidades de la oligarquía y el imperalismo de formar cuadros técnicos sin ideología, políticos no dialécticos, intelectuales orgánicos de la burguesía.

SINTEISIS:

Luego de este análisis, pongamos a la Universidad en primera persona y reconozcamos, que pese a los problemas, aún en América Latina tiene grandes virtualidades:

- Prestancia intelectual, científica e institucional.
- Capacidad de convocatoria y posibilidades de influencia.

Las Facultades de Ciencias de la Salud, no pueden abstraerse de la realidad y están en la obligación, como tarea educativa, de principalizar los grandes problemas de salud nacionales, para colocarlos como ejes de la enseñanza—aprendizaje y la investigación. Estas líneas maestras tienen que ser:

Sociedad y salud, comprendida ésta en el juego dialéctico de las actuales contradicciones fundamentales. Este gran enfoque se podría desglosar en otros, tales como Salud y Economía; Salud y Salarios; Salud y Trabajo, etc.

No podríamos prescindir de tratar el gran tema de Políticas de Salud en un mundo que se precia de interdependiente.

En la práctica las Universidades y sus Facultades de Ciencias Médicas deben impulsar programas alternativos de Salud Popular, en los cuales se recoja la acción múltiple y autónoma de las colectividades y se las revierta en una toma de conciencia frente a la situación de crisis que viven los países Latinoamericanos. El pueblo

debe comprender que él no es el causante de la crisis. Que es su víctima. Cada niño Latinoamericano que nace, nace con una deuda de mil dólares o más. Los pueblos Latinoamericanos deben comprender que pueden sacudirse de la crisis, que pueden vencer la enfermedad y la insalubridad que los agobia, en la medida que su organización y conciencia les permita optar por una alternativa de poder, que haga realidad esta bella esperanza de "Salud para todos en el año 2000". Y la Universidad democrática y los universitarios democráticos y los Médicos y Trabajadores de la Salud democráticos, estamos en el ineludible y orgánico compromiso de trabajar con todas las fuerzas de la Ciencia y la Cultura en esa luminosa dirección.

SEGUNDA SESION PLENARIA

SALUD Y MERCADO DE TRABAJO MEDICO

Dr. Vicente Lecuna T.

Universidad Central de Venezuela

La ponencia oficial presentada ante la Asamblea de la Federación Médica Venezolana realizada en 1985, titulada "Salario, Empleo y Seguridad Social", tiene los datos más confiables y que permitan analizar algunas características del mercado de trabajo médico en Salud.

Para 1985, Venezuela tiene 16 millones de habitantes, con un incremento del 3 o/o. Aunque hay discrepancia acerca de la magnitud absoluta de la población total, debido principalmente al desconocimiento de los efectos acumulativos de un proceso más o menos amplio de inmigración clandestina, no existen diferencias de importancia en torno al cuadro de características demográficas fundamentales del país. Estas son básicamente tres: alto ritmo de crecimiento, predominio numérico de los grupos jóvenes y concentración creciente de la población en áreas urbanas.

Desde mediados de la década del 70, se observa una tendencia a la desaceleración en el ritmo de aumento poblacional, un incremento de las causas de muerte por enfermedades degenerativas y una disminución de las infectocontagiosas.

En relación con el trabajo, existe una situación de desempleo, llamada a veces desocupación disfrazada o encubierta, la cual se refiere a personas que están formalmente ocupadas pero devengan un salario muy bajo o trabajan un número de horas inferior a lo pautado en la jornada legal. Aunque no existe una estimación técnicamente confiable acerca del número de subempleos, se puede estimar que el 40 o/o del total de personas ocupadas están subempleadas por el salario o por el número de horas de trabajo.

En la ponencia de la Federación Médica se señalan cifras, algunas de ellas con reservas por cuanto son el producto de proyecciones, cálculos aritméticos y deducciones con base a estadísticas producidas por organismos del Estado. En 1985 había en Venezuela 23.500 médicos con una población de 16.019.423 habitantes, lo cual

representa un médico por cada 681. En la fuente no se señala de manera explícita si se excluyeron los retirados (la fuente es un instituto de previsión social que debiera mantener información acerca de este grupo aunque resulta muy difícil conocer el grado de actividad de un médico de edad avanzada, parcial o totalmente retirado) ni aquellos que se desempeñan en campos no relacionados directamente con el campo de la prestación de salud, tal como docencia e investigación a dedicación exclusiva. La mayoría de los médicos que desempeñan estas actividades están registrados en el Ministerio y/o en el Instituto de Previsión Social. En la información de la ponencia se incluyen los cargos "universitarios" como cargos médicos. Si se excluyen, además de los anteriores, aquellos médicos que desempeñan actividades alejadas de la medicina (un número mínimo), se puede inferir que la cifra real de médicos en actividades vinculadas con la prestación de salud por habitante es inferior a la señalada.

El número de médicos tiende a crecer a una tasa interanual de 6,7 o/o, mientras que la población general lo hace a una tasa de 3 o/o. La proyección de estos datos señala, para 1995, un médico por cada 556 habitantes. El número de alumnos, en las escuelas de medicina, es de 27.500 y se afirma que el porcentaje de éxito en los estudios (sin tomar en cuenta el número de años requeridos) de acuerdo con la Federación Médica, es del 85 o/o. Si bien se conoce que hay una tendencia a un mejor rendimiento durante los estudios profesionales, probablemente debido a producto de mecanismos de selección basados en rendimiento durante el bachillerato y una prueba de aptitud académica, este porcentaje me parece muy alto y no procede de una fuente de referencia adecuada.

En relación con el mercado, los cargos existentes son 24.697 no se excluyen, las posibilidades de trabajo autónomo. Esto plantea un problema porque el ejercicio individual aislado en primer lugar es difícil de cuantificar y por otro lado puede obedecer o no a una necesidad del mercado. Entre los 24.697 cargos, 6.669 pertenecen a la categoría de internos, rurales o residentes, que tienen una duración corta (2 a 5 años). Se encontró que aproximadamente 5.000 médicos desempeñaban más de un cargo; entre ellos 750 con el llamado cabalgamiento de horarios. Este fenómeno (más de un cargo y cabalgamiento) ha ido reduciendo su importancia por cuanto el principal organismo empleador, que es el Estado, tiende, por presiones, a otorgar un cargo para cada médico. Se estima que por lo menos el 20 o/o de los cargos son a un tiempo de dedicación llamado parcial (3 a 4 horas). Por esta razón el número real de cargos probablemente es inferior a 20.000, incluyendo los vinculados exclusivamente con docencia e investigación. Se desconoce cuántos médicos trabajan en ejercicio autónomo o como empresarios. La condición más frecuente es la del asalariado atípico, esto es, un cargo que puede ser "fijo", más formas atípicas de asalaramiento tales como aquellas derivadas de contratos, prestación de servicios a compañías de seguro o institutos estatales o privados o algunas modalidades de trabajo en grupo.

La lucha por la propiedad y control de los medios de producción se ha acentuado, transformándose en una batalla silente pero feroz. Los bancos, entidades finan-

cieras o compañías arrendatarias, directamente o indirectamente mediante préstamos, hipotecas o financiamientos, obtienen parte del control de las clínicas, que han pasado de ser pequeñas empresas o comercios a compañías que movilizan cantidades importantes de dinero. Los costos tecnológicos y de mantenimiento con la devaluación real de la moneda en el mercado internacional han incidido de manera significativa en el funcionamiento. La reposición de instrumentos relativamente simples como un aparato de rayos X, se transforma en una carga tan grande que obliga a nuevos empréstitos para mantenerse en un sistema de competitividad basados no en la eficiencia sino en vislumbrar con lo último de la tecnología o de la apariencia. La clínica, que permitía un ejercicio liberal, ha sido sustituida por la empresa donde los bancos y/o compañías de seguro imponen criterios administrativos cuyo fin es el conocido, muy distinto (posiblemente en la forma) de aquello que hace algunas décadas era controlado por los médicos quienes administraban de una manera peculiar (deficiente para la clínica pero remunerativa para ellos).

La Federación Médica habla de unos 2.500 médicos desempleados (un 10 o/o); la realidad es que los médicos recién egresados enfrentan una situación de desempleo, que ha llevado al ejecutivo a modificar la reglamentación de obligatoriedad de servicio rural como requisito para ejercer la profesión ante la insuficiencia de cargos. Nótese que esta decisión está bastante desvinculada de las necesidades reales del sector rural sino que se debe exclusivamente a una incapacidad para ofrecer empleo. La proyección de la oferta de un número elevado de médicos en el mercado de trabajo es una realidad así como la insuficiencia de incorporarlos, si se mantiene la estructura actual de prestación de servicios. En la ponencia de la Federación Médica se señalan, como factores que inciden negativamente en la prestación de servicios, la multiplicidad de organismos oficiales, su incoordinación y la falta de relevancia en atención primaria. Pero se concluye que la Federación Médica (sustituyendo a las Escuelas de Medicina) "debe asumir el liderazgo en política educativa y de salud para que se frene el ingreso a la carrera de Medicina y se aumente el personal complementario o auxiliar".

De esta manera, ante una situación compleja que no se enmarca o refiere en la globalidad de la Salud, se formula una solución simplista que resuelve el problema (aunque en realidad no lo hace como veremos más adelante). La reacción de las universidades ha sido la habitual: la cautela. Es bien que no hay coherencia entre la política de formación de recursos humanos para el sector Salud y la atención y necesidades de este mismo sector. La Universidad, en sí misma, no tiene los mecanismos para establecer o fijar unas cuotas en función de un sistema sometido a presiones y transformaciones dependientes de múltiples factores, y una indefinición del Estado en esta materia.

A continuación, voy a esbozar algunas características que inciden en el mercado y que pueden ayudar a definir la situación venezolana.

En primer lugar, la cuantificación del mercado de trabajo. Las características rea-

les nadie las ha estudiado. La forma de trabajo médico, como asalariado simple o típico y la forma autónoma típica, han sido sustituidas por variantes determinadas por nuevas formas de trabajo en grupo, y de la prestación de servicio a instituciones mediante convenios o contratos. No me voy a referir a aquellas especialistas que, por su naturaleza, están obligados a trabajar como asalariados dentro de un Hospital (anestesiólogos, radiólogos y patólogos), sino a otras modalidades. La tendencia es por un lado a mantener alguna forma de salario mediante un cargo y, posteriormente, tratar de obtener una autonomía típica. Esto, que hace algunas décadas era factible, en la actualidad es virtualmente imposible por las características del mercado. La forma de trabajo esencialmente es mixta y la gran mayoría tiene una forma de asalaramiento atípico. Es difícil, pero no imposible, cuantificar las situaciones; parecíamos atravesar un período de transición. A esto se añade la figura del empresario médico, también con modalidades, desde quien actúa como propietario de una gran empresa hasta quien tiene como dependientes a uno o más colegas. En un mercado tan complejo, una "sobreoferta de mano de obra" rompe una tradicional estabilidad de oferta y demanda. Quizás de allí la preocupación de la Federación Médica (fundamentalmente un organismo gremial).

En segundo lugar, las universidades se encuentran presionadas externamente por la sobreoferta (que incide sobre la forma y posibilidades de trabajo de sus egresados) e internamente por la "académica", que señala la conveniencia de limitar el número de alumnos para beneficio del aprendizaje para ellos y de ampliar las posibilidades de actividades de investigación por los docentes.

En tercer lugar, la situación económica que atraviesa el país. La reducción de los ingresos debido a la baja en los precios petroleros y la política de pago de la deuda, han determinado una reducción real en el gasto público que ha tenido, en la práctica, a mantener la burocracia y reducir los gastos de inversión. Esta situación acentúa en el sector Salud, porque al reducir el gasto social, se ha golpeado duramente la atención de salud, reducida, en la práctica, a gastos de personal. A veces da la impresión que la política ante la crisis ha golpeado mucho más que la crisis en sí mismo. Como subproducto de la política de recortar los gastos en el sector salud, en particular a expensas los de inversión y desarrollo, han prosperado por un lado las compañías de seguro privadas y por otro la medicina popular o etnomedicina con sus variantes (curanderismo, yerbatería y la santería). El auge de las compañías de seguro ha sido desenfrenado y las ha tomado casi de sorpresa porque no tenían previsto un crecimiento tan brusco, lo cual ha degenerado en un sistema deficiente que ofrecen imposibles y aparecen diversos grados de corrupción. Por supuesto que me estoy refiriendo al área curativa. En el área preventiva, un centro médico en desarrollo, ofrece varias actividades preventivas. Las compañías de seguro, ante la inflación y deslumbrados por las posibilidades crecientes de ganancias, han comenzado a desarrollar una política agresiva y competitiva utilizando, por ejemplo, la fijación de honorarios o descuentos obligatorios, para obtener mayores influencias y beneficios en las grandes clínicas y un control del mercado. Esto ha desestabilizado el tradicional poder y jerarquía del médico quien, además, comienza a conocer la inflación. Los hospitales públicos están aplicando sistemas de cobro a quien acude soli-

citando atención. Se utiliza el eufemismo "contribución voluntaria" (esto significa que el paciente, además de contribuir económicamente al hospital, debe llevar sábanas, cubiertos, termómetro y comprar las medicinas). Obviamente esto ha golpeado a la clase popular que tiene menor acceso a los hospitales y menor capacidad de protesta o influencia. Cuando el paciente logra ingresar, se encuentra limitado si no cuenta con los recursos económicos suficientes para los gastos. Por supuesto que hay una ausencia de protesta o protección de sus derechos por los líderes comunales y políticos.

La medicina popular ha crecido debido a la crisis económica, por la deficiencia del sistema público y ha generado una economía paralela para charlatanes y especuladores.

Ante estos nuevos factores, la Federación Médica, que tradicionalmente había sido un organismo que señalaba políticas más o menos justas en materia de salud, se ha venido transformando en un apéndice del gobierno y llega al extremo de minimizar la grave crisis del sector Salud, mediante el silencio. Más preocupa, en este momento a la Federación Médica el problema del desempleo médico, que el problema Salud.

En medio de esta situación surge una nueva Ley que crea el Sistema Nacional de Salud. Esta Ley tenía más de 10 años en el Congreso y cada 4 años se reformulaba. Su elaboración se hizo de manera sectaria, a pesar de hablarse de consenso y su aprobación se hizo con pocas modificaciones. Contiene varios mecanismos que pueden eliminar muchos defectos de la administración actual y estable énfasis particular en la atención primaria. Faltan reglamentos y su aplicación será el factor que determine los cambios. Como comentario al margen, la atención primaria se ha transformado en una panacea para resolver, entre otras cosas, el "excesivo" gasto, sin tomar en cuenta que un desarrollo de un sistema funcionante de atención primaria, requiere una inversión importante, además de un cambio en la forma de hacer las cosas, asunto que está lejos de ser resuelto mediante reglamentos.

Quiero centrar mi exposición en la vinculación de las universidades con el mercado de trabajo.

La Universidad tradicionalmente no había tomado en cuenta los factores numéricos del mercado, por considerar que no era su problema, por cuanto el crecimiento y desarrollo mantenían una especie de estabilidad laboral que no alcanzaba niveles críticos y porque el estado nunca había señalado las necesidades cuantitativas ni las cualitativas. Por otro lado las Universidades, siempre pendientes de sus presupuestos, habían argumentado que estos dependían del número de alumnos, y fueron señaladas de mantener cifras artificiales de alumnos cursantes con la finalidad de obtener mayor presupuesto. En la actualidad las universidades han comenzado a considerar el factor numérico por las presiones externas (desempleo) e internas (académicas). Tienen las Universidades que ajustarse al mercado de trabajo y satis-

hacer las necesidades del mismo conociendo en particular su ineficacia e injusticia?. La respuesta no es sencilla porque no puede desvincularse de realidades ni obedecer a intereses ajenos a la Salud. El mercado médico va a crecer y diversificarse aún más. Entre otros factores, la tecnología, las necesidades aparentes, el nuevo mercado privatizado, lejos de resolver problemas, los van a modificar y acentuar. Además de que, mediante su retroalimentación, la privatización va a crear un mercado lucrativo incontrolado y creciente. Hay múltiples ejemplos. La tecnología que ha permitido la tomografía axial y la resonancia núcleo magnética ha creado un mercado tan desbocado que en el país de oro de la medicina privada, los Estados Unidos, han tenido que establecer mecanismos de control no sólo para éstos, sino para procedimientos tales como cateterismos cardíacos o fijar números de cama en hospitales privados tal como ocurre en el estado de Massachusetts. En Venezuela, la técnica desbocada cuenta con la indiferencia real del estado quien anda en la búsqueda de reducir los costos mediante la atención primaria.

Ante estas realidades la Universidad, a la cual no se solicita o exige colaboración o participación, a pesar de tener numerosos especialistas, se encuentra sometida a presiones para reducir el número de alumnos. Por supuesto que la presión es gremial, porque el sector privado probablemente ve de muy buenos ojos la utilización de los especialistas formados por el estado en sus universidades. Encuentra una mano de obra buena y barata para sus actividades. El sector privado tiene una participación muy escasa en la formación de recursos humanos en el sector Salud. Creo importante señalar que en Venezuela no existen Escuelas privadas de Medicina.

Las Universidades deben exigir del Estado la urgencia de un estudio formal de las necesidades cualitativas y cuantitativas de recursos humanos en el sector salud y exigir la participación, para lograr, dentro de un trabajo cooperativo, una cuota en las decisiones y así poder dar lo mejor de su capacidad.

El problema de mercado y universidades no puede ni debe ser enfocado como un problema de dos partes contrarias, en pugna o polarizadas. La Universidad no puede alejarse de la realidad y transformarse en torre de marfil y mucho menos debe ajustarse a un sistema injusto. Hay un problema político que consiste en el tradicional recelo, desconfianza y distanciamiento entre diversas dependencias del Estado y la Universidad. Las escuelas no pueden caer en el Hara-Kiri de la masificación, ni aislarse en planos retórico—abstracto. No puede permanecer marginada en un sistema cada vez más interdependiente. Al hablar de mercado, se debe hacer énfasis (y he dejado intencionalmente esta parte para el final) en que la cuantificación del número de médicos, depende, en la práctica, del sistema de prestación de salud. Hay países desarrollados con más de 10 trabajadores de la salud por médico y otros, con una relación diferente, por cuanto se asignan a médicos funciones que pueden ser realizadas por otros trabajadores (por ejemplo un técnico realizando endoscopías o curas operatorias y el otro extremo un médico ejecutando funciones simples de educación comunitaria que pudieran ser hechas por un trabajador de la salud). De manera tal que cuando se habla de mercado y de cifras creo que se debe ser cautelosos.

Tener una cifra global de médicos de 1 por cada 500 habitantes parece excelente, pero si se mantiene un grupo de población marginada y sin acceso a la prestación de salud es pésimo (por supuesto, el sistema, no el número) así como la calidad del médico puede establecer una diferencia importante para los efectos de su rendimiento. La complejidad del mercado actual (esto no lo hace por lo demás inaccesible a un estudio) no debe determinar la característica numérica o cualitativa de los egresados, particularmente si se establece claramente y se tiene conciencia que es un sistema injusto y deficiente. Se debe mirar y establecer la estrategia a seguir por las universidades en función de Salud para todos en el año 2.000 y por otro lado seguir de cerca la implementación del nuevo sistema Nacional de Salud. Estos dos hechos deben ser orientadores por la Universidad, que además debe tratar de obtener cuotas de participación en la toma de decisiones. Sin duda que la crisis económica va a afectar la aplicación de la nueva Ley al estar limitada por los salarios, ajustes contractuales y por requerir recursos significativos para desarrollar un sistema mejor de atención primaria. Esto va a modificar y moldear, posiblemente, un nuevo mercado de trabajo.

He enfatizado el factor económico como determinante de una crisis, sin embargo me pregunto si esto será cierto. Así como Venezuela no era un país rico, tampoco cayó en una crisis total. Por ejemplo una inflación del 30 o/o anual (que es común en otros países o mayores) golpea a una población que no conocía ese fenómeno y no está preparada para enfrentar. Creo que si no existiera la crisis económica la situación sería bastante parecida porque los indicadores señalaban que de continuar igual la inversión, el gasto sería cada vez mayor y la atención estacionaria. Quizás ha precipitado la situación por la estructura deficiente. Por otro lado, la política ante la crisis ha golpeado más que la crisis en sí misma. El problema, en el sector Salud, ha sido enfrentado por un lado mediante medidas políticas (Nueva Ley) y por otro lado mediante la tendencia a la privatización con sistemas de seguros privados. El Estado ha orientado sus gastos en mantener la burocracia, pagando la deuda externa (para lograr nuevos créditos) y reduciendo el gasto social que no es productivo visible. Los líderes no han comprendido las necesidades en el sector Salud. Un escepticismo positivo permite esperar las consecuencias de la nueva Ley.

Hace falta redimensionar el papel del médico ante la política de salud en función de salud para todos, tanto en el aspecto cuantitativo como el cualitativo. Entonces se redefinirá y aclarará el panorama del mercado de trabajo médico.

BIBLIOGRAFIA

1. Isquiel, P.C. y col: Salario, Empleo y Seguridad Social. Ponencia Oficial ante la Asamblea de la Federación Médica Venezolana. Folleto mimeografiado. Puerto Ordaz, 1985.
2. Quesada, T.A.: Sobreoferta de médicos o limitaciones de servicios? SIC 50:293-5, 1987.
3. Garrido T., González, G. y Puchi, J.A.: Aspectos cuantitativos y cualitativos

de la formación de médicos en Venezuela. Ponencia Central del VII Seminario Nacional de Educación Médica, Maracaibo, 1987.

4. Donnangelo, M.C.F.: O médico no mercado de trabalho. Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais. Sao Paulo, 1975.
5. Bloch, C. de Quinteros, Z.T. y Belmartino, S.: Origen Social e inserción en mercado de trabajo médico. Cuadernos Médico Sociales. Rosario, 1980.
6. González, M.J.: El Sistema Nacional de Salud. Viabilidad Política y Administrativa. SIC 50:172-6, 1987.
7. Rodríguez, M.: El Sistema Nacional de Salud. Algunas consideraciones. SIC 50:177-9, 1987.

BIBLIOTECA

RESPONSABILIDAD DE LA EDUCACION MEDICA FRENTE AL MERCADO DE TRABAJO

Dr. Pedro Brito R.

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima — Perú

1. La finalidad de nuestra participación en este panel sobre Salud y Mercado de Trabajo Médico, es presentar algunas consideraciones sobre el tema desde la perspectiva de educador médico. Por ello desde una posición universitaria autocrítica deseamos plantear algunas implicancias teóricas y de práctica educativa para la escuela médica, al reconocer que la problemática del Mercado de Trabajo Médico configura un campo de determinaciones importantes para la función social de la Universidad, en la perspectiva liberadora que nos señaló brillantemente Saúl Franco.
2. Aceptamos que tradicionalmente la formación de médicos se ha desentendido tanto de la situación previa al ingreso a la universidad, como de la situación posterior al egreso del médico; es decir no ha considerado como determinante importante, para la Escuela Médica, ni el proceso de socialización de los estudiantes, ni su formación previa y en la mayoría de casos sus expectativas. Tampoco se ha preocupado por la inserción laboral de sus graduados, ni por las condiciones de su desempeño profesional, es decir por el mercado de trabajo.
3. Creemos que el proceso educativo propiamente dicho se organiza y funciona, más allá de las particularidades curriculares y organizativas, influido por determinaciones conceptuales, ideológicas, organizativas y culturales, curriculum oculto, que configuran todo un proceso de socialización aceptado implícitamente por la escuela y que responde a los paradigmas de la práctica médica dominante.

Sin embargo, el manto de la ideología y de la cultura médica que modelan a los estudiantes, también ocultan tras el brillo de los paradigmas, la realidad de

las condiciones de trabajo de los médicos, al egresar para incorporarse a un determinado mercado laboral.

4. El planteamiento anterior, necesariamente ubica la educación médica en posición de determinación, (no mecánica) por la estructura económica, pero, como señalaba Juan César García, asumiendo un estatuto de autonomía relativa, lo que le confiere la potencialidad de contribuir, como instancia de la sociedad civil, significativamente a la transformación de procesos sociales como el de salud—enfermedad y sus formas de atención.

Esta perspectiva implica de base, la ubicación de la universidad y la escuela médica en la perspectiva histórica del cambio social, en el marco de un proyecto estratégico popular. (1).

5. A manera de síntesis de lo planteado, utilizando las categorías desarrolladas por Cecilia Donnangelo, (la pionera de los estudios de mercado de trabajo en nuestra América), podríamos afirmar que la educación médica ha tenido y tiene como finalidad exclusiva la formación del recurso humano técnico indispensable, para la satisfacción de necesidades de salud de determinados grupos poblacionales. La educación no ha contemplado la dimensión de práctica social de la medicina.

El proceso de socialización médico prioriza unilateralmente el aspecto técnico, valor muy alto en la ideología médica dominante en contraposición a lo político. (2).

6. La distinción de la medicina como práctica técnica y social, es exclusivamente analítica, porque la práctica médica es una sola e incluso puede aparecer ante una mirada ingenua como totalidad perfectamente integrada. Pero para poder analizar la articulación de la práctica de los médicos en el proceso de producción de servicios de salud en nuestras sociedades contemporáneas, es indispensable deslindar los aspectos técnicos de los sociales como pertenecientes a grupos de relaciones que es necesario diferenciar. (3).

7. Abordar la medicina como práctica técnica, implica considerar al médico como profesional total de una capacidad técnica en respuesta a una necesidad social. El médico se apropia de un saber técnico que lo coloca en condiciones de resolver problemas que la sociedad considera relevantes.
Abordar, por otra parte, la medicina como práctica social, supone reconocer que el saber técnico solamente puede aplicarse a su objeto a través de un proceso social: el de producción de servicios de salud, que a su vez, implica la mediación de un conjunto de relaciones sociales.

La ubicación del médico (portador del saber técnico), en ese proceso productivo depende de un conjunto de circunstancias sociales, sobre todo de aque-

llos que tienen que ver con la disponibilidad de sus medios de trabajo profesional y la disponibilidad que tiene el médico de controlar el proceso de atención.

Conforme al mayor o menor control del médico sobre su proceso de trabajo, (de prestación de un servicio) y los medios indispensables para realizarlo, variarán las condiciones y posibilidades de su práctica:

- Podrá trabajar autónomamente, conservando el control de sus posibilidades, tradicionalmente asociado a la práctica liberal; o, deberá abandonar algunas de esas prerrogativas, pudiendo seguir en ambos casos como trabajador autónoma.
- Trabajaré como funcionario asalariado en un proceso de producción de servicios, no orientado a la obtención de lucro, formando parte del personal de salud de un servicio público o de la seguridad social.
- Trabajaré como personal asalariado en organizaciones privadas de atención, que están dirigidas a valorizar capital. En este caso, se convierte en insumo humano de un proceso que ya no tiene como objetivo principal resolver necesidades sociales, sino generar beneficio para su apropiación privada.

De esta parte última, del trabajo de los médicos, la Escuela de Medicina no se preocupa y consideramos que debe hacerlo.

Llegamos al punto de plantear que la escuela médica debe asumir como objeto teórico y práctico y como criterio de planificación educativa, la medicina en su doble dimensión: como ciencia y técnica y como práctica social.

Este es también punto de partida para extraer criterios e iniciativas institucionales para reorientar, planificar y organizar la educación médica.

8. Qué implica, pensando en la reorientación de la educación médica, abordar la Medicina como práctica técnica o como práctica social?

Es un primer nivel de decisiones, implica que la práctica médica sea asumida como objeto teórico y como objeto de transformación. Al hacerlo, se replantea el componente técnico, que desde nuestra perspectiva, es nivel subordinado.

Lo anterior significa que debemos revisar y replantear las formas tradicionales de percibir la relación entre el sistema formados y los servicios de salud, como si fueran independientes entre sí.

Aunque la relación entre ambos sistemas puede considerarse sobre la base de una interacción recíproca, actualmente existe consenso sobre la existencia de una determinación más fuerte de los servicios, que en última instancia suponer que sea la práctica médica la que regula la formación del recurso humano. Se han señalado tres niveles sobre los cuales se manifiesta dicha determinación:

- La adopción de un determinado curriculum (explícito o implícito — oculto) en respuesta a la demanda de las instituciones asistenciales de un determinado tipo de médico.
- La capacidad del sistema de servicios para hacer o no viables las eventuales reformas que proponga el sistema educativo.
- El sistema de servicios imprimen sus modalidades específicas (ideología y cultura) a los programas educativos, al proveer los espacios para la práctica de los educandos. (4).

9. En un segundo nivel de decisiones, implica profundizar en el análisis interno de los supuestos teóricos, la metodología, la organización y la práctica educativa concreta de las escuelas de Medicina, en búsqueda de la relevancia de sus actividades y propuestas a las exigencias de las necesidades de salud y en el camino de contribuir a la transformación de los servicios.

Significa reflexionar, analizar y tomar decisiones sobre algunos aspectos fundamentales del quehacer de la Escuela. Creemos que, entre otros, es necesario profundizar en el conocimiento de:

9.1. Su objetivo fundamental: el proceso Salud—Enfermedad.

Es decir sobre las definiciones esenciales del Proceso Salud—Enfermedad desde la perspectiva de la Escuela, sobre lo Biológico y lo Social como elementos centrales de la determinación del objeto. Los análisis de situación de Salud desde una perspectiva integral constituyen tareas necesarias.

9.2. La Organización y Funcionamiento de la Práctica Médica, incluyendo los aspectos económicos y financieros, a través de un análisis genético de coyuntura y de tendencias.

En este punto, definiciones sobre el desarrollo y los pasos de los aspectos preventivos y recuperativos son muy importantes para extraer criterios de programación educativa. El análisis de las políticas generales, sociales y específicamente de Salud configuran un marco necesario de esta área.

Esta es una de las áreas de trabajo principales. En muchos países se viene señalando el problema del exceso del número de médicos y la existencia de desempleo médico. Se propone como salida a este problema la dismi-

nución de la matrícula médica y en algunos casos el cierre de escuelas. Los argumentos que se esgrimen basados en desequilibrios cuantitativos, entre oferta y demanda son de tipo económico principalmente. Sin embargo, esta postura es principalmente política. Tales diagnósticos no consideran el modelo de atención vigente, en términos de equidad ni cobertura. La preocupación principal es la eficiencia. Lo que queremos señalar es que no se trata solamente de un problema de producción, sino también y principalmente ahora de un problema de utilización, un problema que compromete el sistema de salud en su capacidad de responder a las necesidades de toda la población con equidad, eficacia y con eficiencia, y en capacidad de absorber a los recursos humanos necesarios. (5).

Este problema atraviesa necesariamente por la transformación de los sistemas de atención sobre bases de equidad social.

La Universidad va a tener que asumir un rol más activo en la planificación nacional de los recursos humanos de salud, y en el sistema de salud, porque debe defenderse y porque es su responsabilidad.

- 9.3. El proceso de producción de conocimientos, es decir, de la actividad de investigación científica, analizado críticamente constituye otra área fundamental de trabajo. La superación de una práctica investigativa repetitiva, mayormente biomédica, y la apertura de otras áreas relevantes a la realidad sanitaria, es ahora indispensable, se incluye aquí la investigación sobre personal de salud.
- 9.4. El proceso de desarrollo tecnológico en salud "per se" y en su relación con los aspectos de organización y estructura del trabajo médico, así como los aspectos cuantitativos y cualitativos de la fuerza de trabajo médico, debido al dinamismo tecnológico del sector.

Estos dos últimos aspectos tienen connotaciones muy claras para la definición apropiada de la controversia muy activa en muchas escuelas, sobre la naturaleza de su producto.

- 9.5. La integración Docencia—Servicio, como estrategia democrática de mejoramiento de la situación de salud de una población, de cambio y desarrollo de las condiciones de docencia, de efectivo mejoramiento de los servicios y de apertura y desarrollo de la participación popular, es otro campo de análisis y de respuestas concretas, necesario. Esto implica un compromiso efectivo de la escuela con los servicios (la red de servicios) y la población de acuerdo a objetivos y posibilidades de cada escuela.

La apertura de un proceso y de espacios institucionales dedicados al análisis, debate y a la toma de decisiones sobre estos puntos alrededor del

Mercado de Trabajo, que con mucha frecuencia son relegados, es de gran importancia para redefinir la educación médica sobre bases sociales y en una perspectiva histórica de transformación.

BIBLIOGRAFIA

1. GARCIA, J.C.— Consideración sobre el Marco Teórico de la Educación Médica. Mimeo, 1982.
2. Donnangelo, M.C.F. Medicina e Sociedade (o medico e seu mercado de trabalho). livreria pioneira Ed. Sao Paulo, 1975.
3. Bloch y ed. El Mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina. Cuadernos Médico Sociales, No. 36. Rosario, 1986.
4. Frenk, J y ed. El Mercado de Trabajo Médico. UAM, Xochimilco—México, 1980.
5. Neri A., Salud y Política Social. Ed. Hachette, Bs. As., 1982.

SALUD Y MERCADO DE TRABAJO MEDICO EN LA REPUBLICA DOMINICANA

César Mella Mejías

Delmin Cury

Ricardo Corporán

Jimmy Barranco

Jimmy Aybar

INTRODUCCION:

El presente trabajo, nos permite una vez más, a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud —de la Universidad Autónoma de Santo Domingo: asumir nuestro compromiso frente a la magna "XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina celebrada del 5—8 de octubre de 1987.

La escasa información sobre el tema "Salud y Mercado de Trabajo en Rep. Dominicana" se convirtieron en un obstáculo para analizar a profundidad, todas las variables que condicionan y determinan este proceso.

Este trabajo no desborda los límites de un primer intento de nuestra parte, por conocer acerca de algunas de las instancias que tienen que ver con el mercado de trabajo médico.

En nuestra primera aproximación al objeto de estudio, hemos tratado de hacer algunas aportaciones en torno a diversos aspectos que están involucrados en el tema que ahora nos asiste. Al interior de este trabajo enfocamos el Sistema Nacional de Salud en nuestro país, hacemos una caracterización de la Formación Económica y Social, analizamos la oferta y demanda médica y tratamos de enfocar algunos de los determinantes generales del Mercado de Trabajo Médico.

Somos optimistas al esperar que las limitaciones de nuestros aportes quedarán obviadas con las aportaciones de colegas provenientes de otras universidades insertas en países cuya realidad social en este sentido es muy similar a la nuestra.

Asimilamos nuestro trabajo, como un primer intento, que ha de servir en el futuro de marco de referencias para la formulación de un proyecto de investigación tendente a estudiar en su más amplia dimensión y profundidad, "EL MERCADO DE TRABAJO MEDICO EN REPUBLICA DOMINICANA".

I. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema de salud de la República Dominicana está constituido por organismos e instituciones cuya principal finalidad es la producción de servicios para la población. Se puede dividir en dos grandes sectores: el público o estatal y el privado.

El sector público está constituido por tres sub-sectores: La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL).

El sector privado está subdividido entre las denominadas Instituciones "sin fines de lucro" y aquellas que prestan atención en salud estrictamente privada. Este último sub-sector comprende dos áreas, según la forma de acceso a este servicio: los programas de seguros de igualas médicas y la atención particular caracterizada por la venta individualizada de los servicios de salud.

Las "Instituciones sin fines de lucro" ofrecen bienes y/o servicios de salud a un costo inferior a los precios del mercado, algunas de ellas reciben subvención parcial del Estado.

En relación a la población "atendidas" por los distintos sectores de salud, de acuerdo a estimaciones, es responsabilidad del sector público atender un 88 o/o y el sector privado 12 o/o. El 88 o/o bajo responsabilidad del sector público, 80 o/o corresponde a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); 4 o/o para el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y 4 o/o por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL). (1).

Como en todas las formaciones sociales parecidas a la nuestra, existen formas alternativas, populares o folklóricas de respuestas de atención médica cuyo peso específico es difícil de evaluar y que generalmente resultan mal comprendidas y poco incorporadas por el llamado saber oficial.

II. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

No se puede negar, al menos en un país capitalista, dependiente y subdesarrollado, que los servicios de salud se compran y se venden, parecido a la venta de cualquier tipo de mercancía. La oferta de servicios de salud no es solamente de servicios, sino también de bienes. En el primer caso, se dan juntos la producción y el consumo; en el segundo caso hay un consumo diferido con respecto a la producción.

Todo el personal de salud, los equipos para diagnóstico y tratamiento y los fármacos, son mercancías. Lo son porque el sentido de producción es un mercado, es decir, a nadie se le ocurre estudiar medicina para curarse él o su familia, tampoco se ocurre a nadie fabricar un equipo de laboratorio para hacerse un hemograma, o producir unas aspirinas para aliviarse el dolor de cabeza. Este carácter de mercancía que tienen los servicios de salud no es inherente a ellos mismos, sino más bien al sistema económico en el que se encuentren inmersos. (2).

En sentido de la producción de mercancía en una sociedad capitalista, es la reproducción ampliada del capital o en otras palabras se produce un fármaco antianémico para llenar las arcas del laboratorio que lo produce, y solo incidentalmente, para quitar la anemia.

El estudiante de medicina se "sacrifica" haciendo el esfuerzo de estudiar con el firme y único propósito de vender caros sus servicios médicos. El médico escoge dentro de la medicina la actividad o la especialidad a su juicio más remunerativa. La división de su trabajo no se hace en base a la magnitud de los distintos problemas de salud, ni en base al lugar donde él pueda ser más útil, sino más bien en función de donde pueda ganar más con el menor esfuerzo. Esto explica la concentración en las grandes ciudades por parte de los médicos.

Las especialidades y super-especialidades no son creadas para dar respuesta a las necesidades de la población, se crean como un recurso de captación limitado y van surgiendo según el grado de saturación del mercado. De esta manera tenemos medicina para "todos" según su capacidad de pago.

Los servicios de salud sirven socialmente, pero de manera distinta a los diversos estratos sociales, es decir: para reproducir la fuerza de trabajo, para controlar epidemias, para explotar económicamente zonas insalubres, para crear empleos en el sector público como mecanismo inhibitor de los procesos y, en último término como medida de control político.

En cuanto a la reproducción de la fuerza de trabajo, es conocida la labor de los seguros sociales, donde fundamentalmente se trata de disminuir el ausentismo laboral, aumentar la productividad y ayudar a que vengan al mundo y crezcan adecuadamente los hijos de los trabajadores, que serán en el futuro los nuevos trabajadores. Lógico, estos propósitos sólo se cumplen cuando la oferta de fuerza de trabajo es limitada.

Respecto al control de epidemias los servicios de salud juegan un papel al surgir la epidemiología en la época de expansión capitalista Europea en relación a las condiciones de miseria en que vivían los obreros. Pero además, el mercado de los servicios de salud se determina no por la capacidad de pago de los miserables para solucionar algunos problemas médicos, sino por la precaución de los ricos que de ninguna manera quieren contagiarse. La característica básica del mercado es el intercambio; hoy día las mercancías no se cambian directamente, sino a través del dinero, que es un vehículo universal de cambio. ¿Cuánto cuestan los servicios de salud? o, en otras palabras ¿Cuál es su valor de cambio?.

La instancia más importante en el valor de cambio es el costo de la fuerza de trabajo empleada en la producción; esto es, lo que pagamos por un servicio médico es lo que cuesta la producción de la "parte de ese médico" que nos dió el servicio, más lo que cuesta la "parte del equipo de constructores" que fabricaron el consultorio, más el costo de la "parte de los obreros" que fabricaron la mesa de exploración, el estetoscopio y el esfigmomanómetro, más la "parte de costo de los obreros" que fabricaron los medicamentos, etc.

Es decir, que la última instancia es el valor de cambio es el costo social de producción de la fuerza de trabajo. Este valor es, sin embargo, solo un componente del precio en el mercado, el otro componente es especulativo, alzar los precios hasta que la clientela "aguante".

Interesa hacer resaltar que a la sociedad le cuesta un cierto esfuerzo, en promedio, para producir un médico o un odontólogo o una enfermera; este esfuerzo se puede medir en unidades monetarias. Además, cuesta la "envoltura" del servicio que prestan éstos personajes, o sea el consultorio, el teléfono, la secretaria, etc. y también cuesta la alimentación, el vestido, el automóvil, la habitación, etc. de ellos y de sus familias.

Todos estos costos se prorratan, si se nos permite seguir con el razonamiento un tanto esquemático, a cada servicio prestado; este prorrato es, entonces, el componente principal del valor de cambio del servicio médico.

En este punto es importante introducir otro elemento de la economía, la ganancia: A nadie en nuestra sociedad capitalista le interesa trabajar "al costo"; el médico quiere no solo sobrevivir con su familia, sino que pretende acumular cierta riqueza o excedente. Por tanto, su actividad económica se convierte en especulativa.

Para ello, el médico en la sociedad capitalista se apropia, para su beneficio privado, del costo social de su propia producción como profesional, esto es, usufructúa privadamente el costo de la enseñanza universitaria y hospitalaria. El mecanismo de apropiación privada de la enseñanza socialmente producida explica en parte el por qué los médicos especialistas cobran más que los médicos generales; no es sólo por-

que tengan un diploma en lengua extranjera colgado de la pared, sino que socialmente cuesta más producir un especialista, por los tres o cuatro años más que haya durado su curso de preparación. (2).

Hay, sí, dos tipos de médicos, no los "públicos" y los "privados", sino los empresarios y los empleados. Estos últimos pueden estarlo tanto en las instituciones públicas como privadas; pero, aunque su sueldo quede dentro de ciertas tarifas que los hacen parecerse todavía muy poco a los asalariados, como son los obreros de las fábricas que nunca llegarán a ser propietarios de centros médicos, ni llegarán a millonarios.

Muchos médicos, aún los empresarios, prestan servicios "gratuitos", por supuesto que no a su clientela de buena paga, sino a la población indigente. Esto se adorna con guirnaldas de humanismo y bondad, y son acciones que, por supuesto, no se ocultan (es mala "la falsa modestia", dicen), sino que le dan un gran cartel a quienes las realizan. Pero tras estas acciones no sólo está la propaganda, sino que significa una necesidad cotidiana para los médicos, que es la de no perder la práctica; práctica, que se vende a buen precio. Así, la mayoría de las acciones gratuitas de los médicos no son más que los ensayos, como los que tienen que hacer los músicos profesionales todos los días, que dan lugar a grandes conciertos, con todos de frac y de largo.

Este sofisma clasificado de "lo público" y "lo privado"; originado en las leyes de la sociedad capitalista. Ya vimos que, si reducimos toda mercancía a su última instancia, no encontraremos más que trabajo socialmente realizado; la socialización del trabajo es tanto mayor, cuanto más atomizado esté, cuanto más sofisticado sea. Y esta socialización del trabajo ocurre de igual forma en el sector "público" y en el "privado". Lo que cambia, sí, es el origen del financiamiento, que no es, prácticamente, más que la forma de pago.

Al final de cuentas, los servicios "públicos" y "privados" en una sociedad capitalista, se dan siempre en beneficio de la parte "privada".

Nuestros países capitalistas, dependientes y subdesarrollados se caracterizan, entre otras cosas, por padecer una división muy polarizada de los estratos sociales: En un extremo tenemos a la minoría muy rica, y en el otro a la mayoría muy pobre. Ambos polos tienen necesidades, obviamente diferentes, así como distintas capacidades para satisfacerlas. Esto da lugar a dos esferas distintas de inversión en las empresas capitalistas, aunque pueda ser la misma empresa la que produzca bienes para ambas esferas del mercado. En otras palabras, si lo que interesa es la ganancia, se puede producir uno con el precio de mil, o mil con el precio de uno; cambia, claro está, el costo, pero en el conjunto no cambia mucho la ganancia, que es mayor en el primer caso que en el segundo, pero con la salvedad de que ese mercado de la opulencia está saturado, por lo que el capital debe buscar otros mercados, aunque no sean tan "buenos".

Véase lo que sucede con la producción de fármacos, por ejemplo, por las grandes empresas transnacionales: Hay dos tipos de productos, con precios diferentes (aunque en este caso, habitualmente con la misma "calidad"), los "populares", de automedicación y difusión publicitaria a través de los medios de comunicación masiva, y los "éticos", que requieren (muchas veces ni eso) prescripción médica y los que son objeto de una publicación "íntima", entre las transnacionales y el médico. El médico que recete aspirina, se cuidará mucho de no prescribir "mejorales", (*) con pena de perder al cliente. Pero el enfermo con cefalea pertinaz, que no puede pagar al médico, toma "mejorales" por mucho tiempo, antes de acudir a algún servicio público o de caridad.

En el mercado capitalista, la oferta se caracteriza por ser muy variada en formas, para cautivar todos los bolsillos y para hacer creer que se necesitan las mismas cosas en todos los colores posibles. Esto encarece la producción, que, para mantener bajos sus costos requiere de un mecanismo lo más seriado posible; pero en compensación, se puede ampliar hasta cierto punto el mercado.

Con el mercado de servicios de salud ocurre exactamente lo mismo que con el resto: Hay una oferta de servicios de todos los colores y sabores, para todas las capacidades de pago y para todos los gustos. Las ofertas en éste caso, al contrario de lo que ocurre en los demás, no se duplican, no compiten, sino que se complementan. Un derecho—habiente de la Seguridad Social puede no ir a la consulta externa de su institución, porque debe esperar demasiado tiempo, entonces se sacrifica y compra un servicio privado; pero cuando necesita de una intervención quirúrgica compleja, que le es demasiado cara en la medicina privada, recurre al Seguro Social. También ocurre con frecuencia que los servicios sofisticados de las instituciones públicas se utilicen "por orden superior" por personas, habitualmente pudientes o "influyentes", que no tienen acceso legal a dichas instituciones.

En resumen, las características del mercado capitalista de bienes y servicios de salud beneficia fundamentalmente a las empresas productoras de aparatos y materiales de diagnóstico y tratamiento, a las empresas que ven mantenida o aumentada la productividad de sus trabajadores, al conjunto de los estratos de ingresos altos, al protegerlos de cualquier contingencia en su salud, no en último término, a los trabajadores de la salud, y entre ellos a los médicos como componentes principales, al ofrecerles un modus vivendi, si no muy lucrativo cuando menos cómodo.

III. FORMACION SOCIAL DOMINICANA

La Formación Social Dominicana actual comenzó a conformarse en sus aspectos esenciales a fines del siglo XIX con la aparición de las relaciones capitalistas de producción, la inserción creciente del país en el mercado mundial y otros elementos constitutivos de la totalidad social.

A partir de entonces se va delimitando una sociedad fundamental capitalista. Las

relaciones sociales de producción capitalista modelan su estructura económica, su estructura social y su estructura política. Pero no se trata de un capitalismo desarrollado sino de un tipo particular de capitalismo que surge, se desarrolla y se consolida en medio de la dominación extranjera y en el cual predominan formas y niveles de atraso en la producción agropecuaria e industrial, en sectores sociales rurales y urbanos y con el quehacer político de gobernantes y oposición.

Se trata de la existencia de distintos estadios de capitalismo. Las maneras más evolucionadas de ese tipo de organización social colindan y actúan recíprocamente con las del capitalismo inicial y con otras pre-capitalista y/o no capitalistas.

Además de esto, al interior de esta formación social es posible advertir la existencia y la combinación de las formas más significativas del capital: monopolista internacional, privado nacional y estatal.

Asimismo, se articulan con ellas las formas pre-capitalistas y no capitalistas tanto rurales como urbanas; de estas últimas forman parte la gran mayoría del minifundio y del sector informal citadino.

Así se ve como para sectores importantes de la agricultura y de la ganadería de tipo capitalista; el mercado de fuerza de trabajo son los propietarios o poseedores de minifundios no capitalista y, por igual, como grandes empresas procesadoras de granos, se sirven del trabajo informal de las desgranadoras, para sólo poner un ejemplo de ese enorme y complejo mundo de la vinculación entre la industria o el comercio capitalista y el sector informal urbano.

La estructura económica de la República Dominicana es muy heterogénea y compleja. Las formas capitalistas de producción son dominantes y otras formas de producción tales como formas mercantil y de subsistencia están subordinadas a ella.

Estas otras incluyen la pequeña y mediana producción campesina, las actividades comerciales en zonas urbanas y rurales, las artesanales y los múltiples servicios autónomos en las ciudades.

La complejidad de las formas de producción se expresan en las diferencias tecnológicas dentro de un mismo sector productivo o entre varios de ellos. El sistema mercantil prevalece sobre la subsistencia. La producción mercantil está diferenciada en términos de mercado de destino; ya sea local, regional o internacional.

En general, el mercado de la producción nacional es internacional, principalmente los Estados Unidos. El mercado para la distribución de productos varía por tipo de producto. Los productos de la industria minera son mayormente para exportación; los bienes manufacturados son para exportación y para el mercado nacional y los productos agropecuarios son principalmente para los mercados locales y nacional.

Como resultado de la estructura económica, la estructura de clases es muy compleja, coexistiendo simultáneamente las clases correspondientes a la forma de producción capitalista junto con el campesinado y otras clases correspondientes a una estructura económica en transición.

El sector agrícola es el sector más heterogéneo, donde los contrastes entre formas productivas son más radicales. Este sector puede ser descrito con gran concentración de la propiedad territorial y con una propiedad concentrada y reducida resultando en una estructura latifundista, pequeña pauperización de la economía campesina, penetración del capitalismo y movilidad geográfica de la fuerza de trabajo.

El incremento en el desarrollo de los sectores agrícolas (de una superficie total del país en 34.5 o/o en 1950 a un 47.7 o/o en 1971) y de la tierra cultivable (de un 29.8 o/o en 1950 a un 43.6 o/o en 1971) lleva una centralización sobre la propiedad de la tierra. Entre 1950 y 1970 el número de fincas menores de 629 metros cuadrados ha permanecido estable mientras la propiedad sobre las grandes fincas han aumentado.

Mientras en el año 1971, las fincas pequeñas, consideradas minifundio, entre 8 y 79 tareas, son el 60.70 o/o del total y están distribuidas en el 12.41 de las tierras, en 1981, esas fincas pequeñas llegan al 65.70 o/o del total del país, mientras las tierras ocupadas por ellos se reducen a 11.72 o/o. El fenómeno de fragmentación es claro, si se observa que el tamaño promedio de ellos en 1971 es 29 tareas y en 1981 es sólo de 20 tareas.

En otro extremo las fincas de más de 16.000 tareas, o sea los grandes latifundios, en 1971 eran el 0.07 o/o del total de fincas del país y ocupaban 23.10 o/o de las tierras, mientras en 1981 son sólo el 0.04 o/o y cubren el 22.50 o/o de los predios agrícolas nacionales. El tamaño promedio de estas fincas en 1971 era 46.538 tareas, en cambio en 1981 aumenta a 59.474 tareas.

La comparación de los datos censados en estos dos años en cuanto al número de fincas y tierras ocupadas por ellas, reflejan la característica latifundista de la estructura agraria dominicana; además evidencian que esta situación lejos de reducirse se acentúa, lo que habla a nivel, de que la especificidad del capitalismo agrario dominicano no sufre grandes transformaciones, por lo menos en lo tocante a esos indicadores.

La economía campesina, que representa la forma no capitalista agropecuaria puede ser diferenciada según la tenencia de la tierra, el tamaño, la producción o no de excedentes y el carácter de la producción mercantil o por el autoconsumo. Los factores de pauperización están relacionados con el intercambio desigual en el mercado. La falta de un financiamiento adecuado y los precios de los productos agrícolas y estos habitualmente están por debajo de lo que el campesino realmente ha invertido.

La penetración capitalista en el agro, medida por el nivel tecnológico, muestra ser mayor en la agricultura. Para 1971 la Oficina Internacional del Comercio estimó que el 40 o/o de las tierras dedicadas al tabaco utilizan tecnología moderna y un 20 o/o de las fincas de arroz usan también tecnología avanzada.

La agroindustria incluye la producción de maní, tabaco, tomates, vegetales, leche y principalmente caña de azúcar. La producción azucarera es mayormente capitalista mientras en productos tales como tomate predomina la forma pre-capitalista y en otros productos como el tabaco se combinan ambos tipos de modos de producción.

En contraste, el sector minero está altamente tecnificado y más homogéneamente capitalista en su forma de producción. Su producción y tecnología es realizada por el capital transnacional lo que a su vez implica la pérdida de ganancia nacional en beneficios de los intereses transnacionales, (excepciones a esta son la industria del oro y plata luego de haberse nacionalizado).

El proceso de industrialización del país tiene varias características distintas, especialmente desde los últimos 50 años. En resumen, puede ser caracterizado por una baja relación entre la inversión capital y la generación de empleos y el desarrollo del capitalismo e industria estatales).

Después de 1966 hubo un aumento en el proceso de industrialización en el país, pero bajo principios diferentes. La industria manufacturada de este período puede ser dividida en dos tipos principales:

- a) Mercado de exportación: Principalmente estos son subsidios de las corporaciones transnacionales sin ninguna anexión a la economía nacional excepto por la mano de obra barata. Los medios de producción son importados y los productos exportados al mercado internacional.
- b) Mercado Interno: Caracterizado por la combinación del capital nacional y extranjero, alta tecnología, alta relación entre la inversión capital y empleo, y la utilización de la materia prima extranjera.

En el sector agropecuario después de 1950, el gobierno inició la compra de todas las plantaciones azucareras propiedad de las corporaciones norteamericanas. Después que estas propiedades fueron nacionalizadas, la forma de la producción del azúcar fue dividida en dos sectores diferentes: Nacional (estatal y privado) extranjero o transnacionales. (GULF AND WESTERN).

IV. INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS Y DE SALUD EN REPUBLICA DOMINICANA

En el año 1985 el PBI fue de S/. 3.134.5 millones de pesos y RDS 488.00 por habitantes. La deuda externa para ese mismo año era de USS 3.719.5 millones de dólares y la tasa de inflación fue de 37.5 o/o de acuerdo a datos del Banco Central.

La tasa de cambio del dólar con relación al peso dominicano en 1980 era USS 1.00 por RDS 1.25; encambio para el año 1987 es de USS 1.00 por RDS 3.50 pesos dominicanos. La tasa de desempleo de la PEA en el año 1981 era 18.3 o/o y en 1986 se incrementó a 28 o/o y 45 o/o subempleados.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de ingresos y gastos familiar realizada por el Banco Central en 1984 el 40 o/o de las familias dominicanas ganaban por debajo de RDS 380.40 mensuales; otro 40 o/o recibe entre RDS 380.40 a RDS 898.40 y el 20 o/o restante recibe ingresos por encima de RDS 898.40. La tasa de cambio para el año 1984 era de RDS 2.83 por cada USS 1.00.

Datos del Banco Central reportan en 1986 que el 27.38 o/o de la población (1.771,304 hab.) viven en situación de pobreza en la República Dominicana. El límite de pobreza en República Dominicana en 1986 estaba determinado por un ingreso de RDS 293.00 mensuales, para una familia con 4.93 habitantes promedio.

La tasa de analfabetismo reportada por el Censo Nacional de Población y Familia en el año 1981 era de 24.78 o/o.

El porcentaje del gasto público destinado a la salud en 1984 fue de 9.3 o/o y el gasto per cápita en salud se incrementó, según el Banco Central a RDS 14.55 en 1985.

Estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población y Familia, calculan en el año 1981, una esperanza de vida al nacer de 62.6 años. Según estas proyecciones la esperanza de vida al nacer se incrementaría en aproximadamente 10 años al final del siglo (año 2.000).

Estimaciones reportadas por la Oficina Nacional de Estadística (ONE) en 1980 presentan una tasa bruta de mortalidad general de 8.4 por mil habitantes y una tasa de mortalidad infantil de 84.3 por mil habitantes.

En 1981 las estadísticas sobre morbilidad debido a enfermedades de notificación obligatoria nos encontramos con la gastroenteritis en primer lugar con una tasa de 1919 por 100.000 habitantes, disenteria con 45.7 por 100.000 habitantes, la Malaria (paludismo) con 45.7 y la tuberculosis con 31.5 por 100.000 habitantes.

La República Dominicana tiene entre 20 a un 40 o/o de la población sin cobertura de salud. De acuerdo al último Censo Oficial (1981), nuestra población era de 5 millones 650.000 dominicanos. Esto quiere decir que habría entre un millón 110.000 y 2 millones 260.000 dominicanos sin atención en salud.

El 65 o/o de los niños están desnutridos y en algunas zonas rurales de la región Este el porcentaje alcanza el 80 o/o.

El 67 o/o de la población rural carece de conexión domiciliaria de agua potable o de fácil acceso a una fuente de agua. Esto quiere decir 1.816.000 habitantes.

En 1982 sólo el 22 o/o de las viviendas urbanas tenían conexión al alcantarillado, el resto acudía al uso de pozos sépcos o letrinas sanitarias.

Respecto a las viviendas, de un total de 1.125,785 el 17 o/o (191.762) están construídas con techos de cana, yagua o cartón. El 20 o/o (236.042) tienen piso de tierra y el 50.77 o/o utilizan palmas en sus paredes.

V. DETERMINANTES GENERALES DEL MERCADO DE TRABAJO EN REPUBLICA DOMINICANA

En la conformación del Sistema de Servicios de Salud en una sociedad concreta inciden una serie de determinaciones histórico—estructurales que se expresan a través de la interacción de factores económicos, políticos, sociales y culturales, derivados del conjunto de relaciones establecidas entre los diferentes grupos que la conforman.

El fundamento de las políticas sociales del Estado se ubica en torno a la doble necesidad de satisfacer las exigencias del aparato productivo (mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo) y asegurar la conversión del orden político (legitimación, búsqueda de consenso) (3).

Para poder analizar la problemática del mercado de trabajo médico en una Formación Social determinada, es necesario conocer el proceso de conformación del Estado, los mecanismos de dominación establecidos en cada período histórico, así como identificar los elementos que caracterizan el desarrollo socio—económico y su repercusión en el sector salud.

La República Dominicana ha ido experimentando de manera acelerada un gran endeudamiento externo figurando como principales factores:

1. La depresión de los precios de nuestros principales productos de exportación.
2. El incremento de los precios del petróleo y sus derivados.
3. El proteccionismo aplicado a los países receptores de nuestros productos, en especial frente al azúcar; como ejemplo tenemos el hecho de que Europa subsidia la producción de azúcar, de remolacha en tanto que EE.UU. reduce nuestras cuotas de exportación porque está produciendo sirop de maíz.
4. La sobreevaluación del dólar y el incremento de la tasa de interés.

En el cuadro No. 1, podemos observar la evolución de la deuda externa dominicana desde 1962 a 1985 inclusive. Se destaca que tan sólo en el período 82—85 la deuda creció de 2.964.6 millones de dólares para 1982 a 3.719.5 millones para 1985, es decir, hubo un incremento absoluto de 754.9 millones, lo que representa una tasa de crecimiento de 25.5 para este período.

CUADRO No. 1

EVOLUCION DE LA DEUDA EXTERNA DE LA R.D., 1962-1985

(En millones de USS)

AÑO	DEUDA EXTERNA	TASA CRECIMIENTO
1962	32.2	—
1963	53.2	65.2
1964	77.4	45.5
1965	106.5	37.6
1966	165.8	55.7
1967	199.3	20.2
1968	226.5	13.6
1969	257.3	13.6
1970	290.6	12.9
1971	345.1	18.7
1972	593.2	71.9
1973	636.0	7.2
1974	777.2	22.2
1975	885.0	10.0
1976	1010.0	18.1
1977	1148.1	13.7
1978	1375.8	19.8
1979	1679.5	21.8
1980	2172.9	29.4
1981	2549.1	17.3
1982	2964.6	16.3
1983	3313.3	11.8
1984	3536.3	6.7
1985	3719.5	5.2

Fuente: Guillian C., H. Ver Periódico Hoy del 21 de junio de 1986. P. 6-A.

La interpretación de esta crisis no puede ser analizada al margen de la política del Fondo Monetario Internacional FMI., cuyos principales fines son reducir notablemente la demanda global de la población dominicana, disminuir la oferta monetaria, devaluar el peso dominicano, disminuir sueldos y salarios, frenar la emisión de pesos inorgánicos, contraer el mercado interno., todo supuestamente para estimular el ahorro interno y de esa manera incrementar las inversiones y garantizar el pago. (3).

Frente a los acuerdos firmados con el FMI, el Gobierno decide tomar medidas drásticas y de carácter anti popular anunciando en abril de 1984 un ajuste general de precios y un traspaso al mercado paralelo de divisas, prácticamente de todos los productos sin tasas preferenciales sube el precio de las grasas comestibles, la harina, medicina y otros.

El aumento del costo de la vida, generó por parte de la población masivas protestas en los días 23, 24 y 25 de abril, dejando un saldo, de acuerdo a la Unión Dominicana para la Defensa de los Derechos Humanos (U.D.D.H.U), de 85 muertos de bala y 254 heridos.

El desajuste social fue tan grande que el Gobierno se vió precisado a someter al Congreso de la República un proyecto de ley para incrementar los salarios. Dicho proyecto fue aprobado en mayo del mismo año y el salario mínimo se incrementó de RDS 125.00 a RDS 175.00 (de USS 50.00 a USS 70.00) mensual. Este aumento fue insignificante en el sentido de que la mayoría de los productos habían multiplicado su precio por más de tres. (3).

El 23 de enero de 1985 el Gobierno anunció nuevos impuestos, incremento de los precios de artículos alimenticios de consumo diario como el arroz, spaguetis, harina, incremento de la tarifa eléctrica, incremento derivados del petróleo, eliminación de las exenciones a los insumos, envases y materias primas.

Las protestas se hicieron sentir con paros parciales hasta la culminación exitosa de una huelga general de 24 horas que se desarrolló el 11 de febrero de 1985.

La repercusión de la crisis se hacía sentir en el gremio médico que inicia una lucha exigiendo tres reivindicaciones básicas: mejoría de los hospitales; más plazas para médicos desempleados (más de 2.500), y aumento salarial no menor de 100 o/o. La Asociación Médica Dominicana —A.M.D.— desarrolló una lucha durante todo el año que culminó con una huelga durante los meses de abril y mayo de 1985. Como resultado de esta huelga el 23 de mayo se firmó un acuerdo entre la A.M.D. y el Gobierno, lográndose que se emprendiera un plan de emergencia para la reparación de los hospitales. También se logró en junio de 1985 la Ley 285 (Hoy 312), que grava a los cigarrillos y los alcoholes. Dicha Ley produjo recaudaciones mensuales superiores al millón trescientos mil pesos (\$ 1.300.000) de los cuales el 50 o/o correspondió a un aumento de salarios médicos y el 50 o/o restante a los hospitales públicos. (3).

Con características generales común a todos los países latinoamericanos y particulares acorde a la realidad socioeconómica de cada uno, ésta es la repercusión de una crisis que, a fines de los setenta y a principios de los setenta, sacudió nuestros países. Esta crisis determinó y agravó los problemas sanitarios y los desequilibrios de orden cuantitativo, cualitativo y distributivo que desde hace algún tiempo venían arrastrando los países.

El hecho de tener que hacer frente a una deuda externa de incrementos alarmantes, hizo que los presupuestos de salud de muchos países, incluyendo el nuestro, disminuyeran en valor constante, lo cual menguó considerablemente su inversión social en salud.

VI. PRESUPUESTO DE SALUD PUBLICA

En el cuadro presentado a continuación se observa una relación del presupuesto programado sobre el ejecutado durante el período 1980—83 para cuatro instituciones: la Presidencia, Interior y Policía, Fuerzas Armadas y Salud Pública. Se puede apreciar que lo ejecutado estuvo por debajo de lo programado para la Salud Pública; en cambio para las otras instituciones su ejecución fue mayor a su programación.

CUADRO No. 2

RELACIONA ENTRE PRESUPUESTO PROGRAMADO Y EJECUTADO PARA DIFERENTES INSTITUCIONES EN R. D., 1980—1983

TOTAL DEL PERIODO			
INSTITUCION	PROGRAMADO	EJECUTADO	o/o
Presidencia	379.98*	617.81	162.6
Interior y Policía	281.05	291.00	103.5
Fuerzas Armadas	445.83	480.11	107.7
Salud Pública	446.55	389.18	87.1

Fuente: Dpto. de Estudios Económicos de la Secretaría de Estado de Finanzas.

* En millones de pesos.

En relación al Presupuesto Nacional y el de Salud respecto a lo programado y lo ejecutado se observa que siempre está por debajo de lo programado. Además notamos que en términos absolutos ha habido un ligero aumento en los presupuestos de salud, que no compensan ni siquiera mínimamente los requerimientos de la población ni la inflación del costo de la vida a todos los niveles; lo que significa que estamos frente a una disminución del presupuesto de salud en términos reales (Poder adquisitivo de nuestra moneda frente al dólar).

CUADRO No. 3
RELACION DEL PRESUPUESTO EJECUTADO SOBRE LO
PROGRAMADO EN EL PRESUPUESTO NACIONAL Y EN EL
PRESUPUESTO DE SALUD.
REP. DOM. 1980-1985. (En millones de RDS)

Años	Presupuesto Nacional			Presupuesto de Salud		
	Programado	Ejecutado	o/o	Programado	Ejecutado	o/o
1980	864.9	1066.1	123.3	107.2	98.2	91.6
1981	1214.2	1085.6	89.4	128.4	99.4	77.7
1982	896.0	1016.6	113.4	108.3	92.7	85.6
1983	819.9	1199.2	146.3	113.5	97.1	85.5
1984	1134.0	1283.9	113.2	135.9	120.1	88.4
1985	1374.5	—	—	140.8	—	—
TOTAL*	4929	5651.4	114.7	593.3	507.9	85.6

Fuente: Onaplan.

(*) El total no incluye los datos de 1985.

Una real evidencia de la disminución relativa del presupuesto de salud queda claramente explicitada en la evolución del presupuesto de salud de acuerdo a la tasa de cambio en el mercado paralelo de divisas expresado en dólares (US\$) durante el período 1980-1984.

CUADRO No. 4
EVOLUCION DEL PRESUPUESTO DE SALUD DE ACUERDO
A LA TASA DE CAMBIO DEL MERCADO PARALELO DE
DIVISAS (EN MILLONES DE US\$), R.D., 1980-1984.

AÑO	PRESUPUESTO DE SALUD	
	EJECUTADO	
1980	77.9	
1981	77.0	
1982	63.5	
1983	61.1	
1984	42.6	

Fuente: ONAPLAN.

VII. INSERCIÓN DEL MÉDICO EN EL MERCADO DE TRABAJO

El médico se inserta en el mercado laboral bajo múltiples modalidades que deben ser analizadas en función de sus relaciones de propiedad con los medios de producción de los servicios de salud. En tal sentido tendremos dos tipos de médicos: el asalariado y el dueño de los medios de producción (centros médicos, clínicas, consultorios, equipos, compañías de seguros, etc.).

Dentro de este tipo de relaciones sociales de producción el médico propietario, puede adoptar diferentes tipos de status e inclusive en ocasiones se pueden dar en forma combinada más de una modalidad.

Existen los médicos propietarios con autonomía en el ejercicio de la medicina, éstos poseen consultorios y clientela propia, definen las condiciones de su práctica y el precio de sus servicios, pero no se apropia de la fuerza de trabajo de otros colegas para contribuir a llenar sus arcas.

Otra modalidad dentro de los médicos propietarios es aquella donde siendo dueño de los medios de producción contrae acuerdos con dueños de empresas para atender los obreros que allí trabajan; bajo esta condición se pierde la capacidad de seleccionar sus pacientes y generalmente les es imposible fijar libremente el precio de sus servicios.

Existen otros médicos que en forma individual o en grupo constituyen una compañía o empresa para brindar servicios médicos; la clientela puede, aunque no siempre, ser propia; pero lo que le imprime el carácter de explotación a esta modalidad es que en ella los médicos propietarios compran fuerza de trabajo a otros colegas, bajo un salario fijo y mediante alquiler de los medios de producción, generando de esta forma una plusvalía que permite un acelerado y desmedido enriquecimiento. En los últimos años estas empresas constituídas por los médicos se han extendido más allá de la prestación de servicios médicos, llegando en ocasiones a constituir compañías para la importación de materiales y equipos de laboratorio o empresas para la importación y/o fabricación local de medicamentos.

No podemos dejar de citar un grupo significativo de médicos en los cuales se da más de una modalidad en esta relación, haciendo el papel parte del día como asalariado de una empresa estatal o privado y otros casos incorporados a un grupo formando una empresa donde juega el papel de dueño de los medios de producción.

Esta modalidad combinada muy frecuentemente en algunos de nuestros países y en particular en el nuestro repercute muy desfavorablemente en la calidad de los servicios públicos; esto así, por el hecho de que en los países capitalistas dependientes donde gran parte de los médicos controlan o ejercen la medicina pública del tipo de demanda, lo que contribuye notoriamente a un deterioro de los servicios públicos con la consecuencia intencional del fortalecimiento de la práctica privada.

Un grupo de notoria representación lo constituyen los médicos asalariados, éstos venden sus fuerzas de trabajo a otros colegas o no colegas, no son dueños de los medios de producción, ni de clientela fija y a cambio de su esfuerzo diario reciben un salario que compenza sólo en parte su productividad. Las condiciones establecidas en la venta de su fuerza de trabajo pueden ser fijadas por el Estado, por una empresa privada o por patronatos u otro tipo de organizaciones de carácter semi-privado.

VIII.

La mayoría de los países latinoamericanos mantienen un desequilibrio consistente en una desigualdad entre la cantidad, la calidad y la distribución de los diversos tipos de personal de salud por un lado y las necesidades y capacidades de los países para absorverlos. La producción de las escuelas de medicina excede en mucho la capacidad de los servicios de salud para ofrecer empleo a los nuevos médicos.

Lo contradictorio es que pese a que en realidad muchos países reconocen que su oferta de médicos es excesiva, muchos otros y con frecuencia los mismos países, admiten que cuentan con número insuficiente de médicos para atender a las comunidades rurales más humildes y aisladas.

En el año 1986 más de 40 países que participaron en la conferencia sobre el personal de Salud en Acapulco (México) llegaron al consenso de que "Hay más médicos de los que podemos costear y los médicos que tenemos están mal distribuidos o son de baja calidad, o ambas cosas a la vez, de forma que gran número de nuestros ciudadanos están medicamente desatendidos". (5).

El principal obstáculo que se debe vencer es la falta de coordinación entre distintos sectores sociales y entre las instituciones sanitarias y docentes. Es necesario adecuar de modo más realista la planificación de la asistencia sanitaria, priorizando y racionalizando los recursos hacia las regiones que contemplen los más graves problemas de salud y en coherencia a las reales necesidades de la población.

Todo parece indicar que el concepto de libre albedrío en el terreno profesional para elegir libremente la ocupación a la que ha de dedicar su vida, se ha ido tornando en desuso, en el sentido de que, en la práctica, esto es sólo posible para unos pocos y conlleva al riesgo de frustración para los demás. El criterio de muchos países, incluyendo República Dominicana, de no contrariar esa voluntad o dejarla que evolucione arbitrariamente, los ha llevado a deformaciones, excesos e insuficiencia en la oferta de servicios profesionales para la salud y todo ello a un costo elevado.

Julio Frenk (6) es categórico en afirmar que "uno de los signos más claros del fracaso de un sistema de salud es la coexistencia de gentes sin servicios médicos y de médicos sin trabajo. Realmente el rendimiento global de un sistema de salud se puede evaluar por la medida en que el despliegue de sus recursos se adapte a las necesidades, la distribución geográfica y el poder adquisitivo de la población. En esta deli-

cada ecuación entre los recursos y la comunidad hay un riesgo muy grande de que se produzcan desequilibrios, de los cuales el más extremo es la presencia simultánea de recursos infrautilizados y necesidades no atendidas”.

Otro aspecto fundamental del desequilibrio de los sistemas de salud es que con frecuencia las tecnologías más avanzadas y sofisticadas se concentran en los polos urbanos de producción, dejando por el contrario gran parte del país, privado de los servicios más elementales.

IX. DESEMPLEO MEDICO

Aunque no se dispone de una información acabada sobre el desempleo médico, algunos datos reflejan una situación alarmante en muchos países del mundo. En Italia hay 45.000 médicos sin empleo, 40.000 en la India, 23.000 en España, 2.500 en los Países Bajos. Los Estados Unidos tienen previsto un excedente de 70.000 médicos en 1990 y 150.000 en el año 2.000. En 1984 había aproximadamente 40.000 médicos sin trabajo en México y más de 5.000 en Bangladesh. En Pakistán son 6.000, en Egipto 4.000 y en la República de Corea se calcula que habrá unos 26.000 médicos desempleados en el año 2.000.

En múltiples países existen asociaciones de médicos desempleados, tales como Argentina, Bolivia, Chile, México y República Dominicana. De continuar la “tendencia actual el mundo tendrá que enfrentarse a un “excedente” de 250.000 a 500.000 médicos en el año 2.000, por lo menos.

El alto número de médicos desempleados en nuestros países no sólo es motivo de frustración por parte de la mayoría, sino además, es un derroche de recursos que podrían haberse invertido en la formación de otro personal del área de la salud o disciplinas afines para el desarrollo nacional independiente.

Este incremento en el desempeño genera la emigración a otros países, dedicándose a otras actividades como la venta de gasolina, helados, a veces guiando taxis o trabajando como visitantes a médicos, hecho éste muy frecuente en nuestro país.

En la República Dominicana se inicia el auge del desempleo médico a partir del año 1975 cuando la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) graduó aproximadamente 500 médicos. A partir de este año emigran médicos a Venezuela, Estados Unidos y Puerto Rico.

Al finalizar la Guerra de Vietnam muchos médicos regresaron a Estados Unidos, otros regresaban formados de Universidades extranjeras, sobre todo del Caribe. Este proceso contribuyó a que el mercado quedara cerrado en USA y Puerto Rico.

Actualmente se estima que existen en República Dominicana 2.500 médicos de-

empleados, un alto porcentaje de sub—empleados con ingresos por debajo de 200 dólares mensuales y una cantidad reducida disfruta de ingresos buenos, por lo general especialistas con varios años de profesión, dueños de los medios de producción de servicios médicos y una práctica entregados a los sectores de altos ingresos.

Son muchas las causas a las que se le atribuye el desempleo médico, entre ellas tenemos exceso de formación de médicos; el auge desmedido de escuelas médicas privadas; (*), la plena libertad para el ingreso en la mayoría de nuestras universidades; recurso de baja calidad en su formación, etc. sin embargo, muy por encima de estas explicaciones particulares se encuentran las causas reales de este proceso, determinada por la crisis económica que sacude los pueblos. Esta situación de crisis hace que la inversión social del Estado en el sector de salud sea cada vez menor ocasionando una gran incapacidad por parte de las entidades estatales para ampliar la red de los servicios y utilizar todos los médicos egresados de las escuelas de medicina.

En el cuadro No. 5, presentado a continuación, elaborado por la División de Recursos Humanos de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), figura una proyección ajustada del personal médico para el sexenio 1984—1989, estos datos reflejan cifras alarmantes sobre la situación de los médicos: se espera que se gradúen 15.050 médicos, de los cuales se supone que emigren 8.553 (57 o/o); partiendo de que muchos de los que se van a graduar son estudiantes extranjeros. Se espera además, que el sub—sector público (SESPAS, IDSS, ISS-FAPOL) absorban 3.126 médicos (20.8 o/o) de mantenerse la tendencia. En contradicción a lo esperado la realidad refleja que muchos médicos que han ganado por concurso tienen que esperar a veces casi un año para ser incorporados a sus puestos y el número de plazas para las Residencias Médicas en 1986 fue reducido de 160 a 107 en la SESPAS, a ésto se agrega la destitución de gran parte de médicos especialistas en el área de salud pública.

(*) En Santo Domingo operan en la actualidad más de 17 Escuelas de Medicina.

CUADRO No. 5
PROYECCION AJUSTADA DE PERSONAL MEDICO
PERIODO - 1984-1989

Años	Incremento de Oferta	Migración	Demanda subsector
			Público
1984	2509	1647	510
1985	2056	1107	511
1986	2283	1247	529
1987	2508	1385	537
1988	2734	1503	531
1989	2960	1664	508
TOTAL	15050	8553	3126

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos.

La Asociación Médica Dominicana ha estimado que para el período 1986-1987 el número de desempleados y subempleados médicos sobrepasa los mil graduados de medicina, lo cual es considerado como un sub-registro por la emergente "Asociación de Médicos Desempleados". A partir de 1961 el Gremio Médico ha protagonizado unas 6 huelgas médicas y decenas de paros, levantando pliegos reivindicativos en el sector salud y llama la atención que a partir de 1981 la demanda de creación de mayor número de plazas y empleos médicos ha sido un pedimento de primer orden. El perfil profesional del graduado ha determinado que en la República Dominicana la matrícula o ingreso de aspirantes a médicos se haya reducido en el período 1985-1987 tanto en el sector público como en el privado de la Educación Superior en cifras que van desde el 20 al 35 o/o. (6).

X. DEMANDA DE RECURSOS MEDICOS EN REPUBLICA DOMINICANA

Considerada la "demanda" como la capacidad asimilativa que tiene el sistema de salud, especialmente la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia social -SESPAS-, institución que incorpora la mayor parte de los médicos en el subsector público; además los médicos incorporados por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales y las Fuerzas Armadas.

El cuadro presentado a continuación muestra el número de médicos en las tres instituciones principales de salud en el país.

CUADRO No. 6
MEDICOS EN LAS TRES INSTITUCIONES PUBLICAS
DE SALUD REP. DOM. 1980-1984

INSTITUCION	AÑO	MEDICOS
SESPAS	1980	1392**
	1983	2758***
	1980	581
	1982	868
IDSS	1980	169
	1984	199
TOTAL	1980	2142

** No incluye médicos pasantes.

*** Incluye 500 médicos pasantes.

Fuente: RECURSOS HUMANOS (SESPAS).

En cuanto a la distribución del recurso médico por regiones de salud, se observa que la distribución es heterogénea y los recursos no son asignados conforme la real necesidad de la población. De un total de 2758 médicos empleados por la SESPAS, estaban distribuidos de la siguiente manera:

CUADRO No. 7
DISTRIBUCION DE MEDICOS POR REGIONES SANITARIAS
REP. DOMINICANA - 1985

REGIONES SANITARIAS	MEDICOS
0	943
I	144
II	491
III	299
IV	121
V	133
VI	111
VII	86
TOTAL	2758

Fuente: División de Planificación —SESPAS—

En relación a la tasa de médicos por 100 mil habitantes y a la distribución porcentual de este recurso por regiones de salud, observamos que las regiones 0 y II presentan las tasas y los o/o más altos, prácticamente un 63 o/o de los médicos se concentran o representan las 2 regiones de mayor actividad económica, la cero (0) que comprende el Distrito Nacional y la II, donde se encuentra incluida la ciudad de Santiago considerada para muchos como la ciudad principal de todo el país.

Paradójicamente regiones como la IV, VI y VII con participación en el área fronteriza del país y donde las condiciones de pobreza es más acentuada figuran con las tasas más bajas de médicos por cada 10.000 habitantes.

Para dar un ejemplo la región VI tenía una tasa de 2.6 médicos por cada 10.000 habitantes, es decir, la tasa más baja en relación a las demás regiones de salud; sin embargo, esa misma región en el año 1980 tenía la tasa de mortalidad infantil más alta respecto a las otras regiones:

CUADRO No. 8
TASA DE MEDICOS POR 100.000 HABS. DISTRIBUCION
PORCENTUAL Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR
REGIONES SANITARIAS REP. DOMINICANA—1984

REGIONES SANITARIAS	MEDICOS TASAS	MORTALIDAD INFANTIL	
		o/o	x 1000 HABITANTES
0	7.2	42.0	71
I	2.8	6.4	88
II	4.5	21.7	75
III	2.9	10.1	82
IV	5.3	5.3	101
V	2.8	5.9	95
VI	2.6	4.9	103
VII	3.0	3.8	90

Fuente: Memoria SESPAS. 1984.

Conociendo que el indicador mortalidad infantil suele reflejar condiciones de vida de la población, nos permite concluir que los recursos no son orientados y dirigidos bajo un criterio de equidad tendente a satisfacer las necesidades de la población, sino más bien recurso médico es racionalizado con un criterio desigual dando preferencia a las regiones de mayor concentración económica y donde por consiguiente están genuinamente representados los sectores de poder.

En cuanto a la tasa por 100.000 habitantes de médicos especialistas por regiones de salud, los indicadores más altos los tienen las regiones 0 y II con valores de 18.2 y 12.1 respectivamente, en cambio la región IV tiene el valor más bajo, 6.3 médicos por cada 100.000 habitantes.

El incremento médico en la demanda de la SESPAS durante el período 1977 a 1983 fue de 1235 médicos, de continuar igual tendencia de acuerdo a proyecciones de la División de Recursos Humanos de esta Institución se espera que de un total de 2258 médicos que habían empleados en 1983 pasen a 4984 médicos para el año 1989.

XI. OFERTA DE RECURSOS MEDICOS EN REPUBLICA DOMINICANA

La marcada incoherencia entre el egreso de recursos por parte de las instituciones formadoras y por otro lado la ausencia planificación para la demanda y asignación de los recursos por parte del Estado, repercutan de manera favorable en la calidad de las acciones de salud tomados en beneficios de la población.

No existe en nuestro país una formación de recursos acorde a las necesidades, metas y prioridades enmarcadas dentro de una política de salud, basadas en las reales necesidades de la población.

La falta de planificación en la formación de recursos se traduce en desperdicios y sub-utilización de determinado tipo de personal y muy en particular del personal médico.

Con frecuencia las universidades determinan unilateralmente sobre tipo, cantidad y calidad del recurso que va a formar; dando preferencia a la demanda de la población para optar por algunas carreras (profesiones) y olvidando la demanda de las instituciones de servicios del Estado, que serán las responsables de definir la estructura de mercado de trabajo.

Considerando la "oferta" como los recursos que están siendo, y han sido formados en nuestros centros docentes a nivel superior se estudian dos indicadores básicos: la matrícula y el egreso (número de personas que cursan una determinada carrera o están tomando un determinado programa de formación y la cantidad de personas que completaron un programa determinado de formación).

En la última década ha habido una masificación de la educación en la salud, especialmente en el área de la medicina. En adición a la formación de este recurso en la Universidad Estatal, han surgido nuevos programas de formación en otros centros de formación; lo que ha generado un notorio incremento en la matrícula de médicos.

En la primera mitad de la década del 60, los programas de formación en el área de la salud se restringían a la Universidad Estatal (UASD).

A finales de 1966 se crea en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), la escuela de medicina (primera universidad privada), siguiendo a ésta la escuela de medicina de la Universidad Central del Este —UCE— en 1970. El cuarto programa de medicina se creó en INTEC en 1973; y en Santiago en la Universidad Católica Madre y Maestra el quinto programa para formación de médicos.

A partir de entonces han aparecido programas de medicina en diversos centros, ubicados en diferentes puntos del país. En 1983 son las instituciones de nivel superior con programas de formación de médicos. En el Cuadro que presentamos a con-

tinuación figuran la cantidad de estudiantes matriculados en el área médica desde 1970 a 1983.

Como se observa en el año 1970 sólo cuatro universidades formaban recursos médicos; contrastando esta situación con la cantidad de centros formados en el 1983.

En la relación a la tendencia del número de matriculados en medicina con el total de otras carreras en el área de la salud. (Bioanálisis, Enfermería, Farmacia, y Odontología) en la mayoría de los años la proporción de matriculados en medicina representa más de un 60 o/o a las otras carreras; además se puede notar la tendencia ascendente que ha tenido este fenómeno en los últimos años. Pese a no tener una fuente accesible con los datos de los años 1934, 1986 y 1987 estimados que desde el punto de vista global esta tendencia se han mantenido; contrario a la matrícula de la Universidad Estatal (UASD) que ha ido disminuyendo.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES MATRICULADOS EN EL
AREA MEDICA EN DIVERSAS UNIVERSIDADES
PERIODO 1970-1983. REP. DOM.

	AÑOS													
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
CENTROS:	2058	2631	3149	3248	3378	4694	3846	3809	3651	4847	4885	5179	4331	4457
UASD	334*	334	429	407	426	516	532	544	433	392	457	667	741	847
UNPHU				113	201	384	615	707	721	756	895	921	940	971
UCMM	8	15	80	358	808	219	1770	1991	1606	2184	2813	2952	3448	4290
UCE				119	68	100	149	181	184	208	221	339	493	610
INTEC									100	105	72	***	***	900
UTESA											465	***	***	650
CETEC														259
UCIFAS														45
UTECI											34			54
MUNDIAL														31
IBERO														
NORDES									26	334	299	270	334	341
UNIRUMHOS														250

Fuente: Recursos Humanos - SESPAS-

CUADRO No. 10
TOTAL DE MATRICULADOS EN DIFERENTES UNIVERSIDADES
Y DIFERENTES CARRERAS DEL AREA DE LA SALUD EN
RELACION AL PORCENTAJE DE MATRICULADOS EN MEDICINA
(PERIODO 1970-1983)

Año	Total matriculados en diferentes carreras.*	Matriculados en medicina	o/o
1970	3201	2400	74.9
1971	3949	2980	75.4
1972	4910	3658	74.5
1973	5725	4245	74.1
1974	6286	4881	77.6
1975	8557	6913	80.7
1976	8557	6912	80.7
1977	9693	7232	74.6
1978	9776	6778	69.3
1979	12183	1876	67.1
1980	14510	10061	69.3
1981	15913	10325	64.8
1982	18840	9794	51.9
1983	22094	13941	63.0

Fuente: Secretariado Técnico de la Presidencia y Universidades.

*Incluye: Farmacia, Enfermería, Medicina, Odontología y Bioanálisis.

Al estudiar el número de médicos egresados de los diferentes centros universitarios observamos que hasta el año 1973 la única universidad formadora de este recurso era la Estatal; pero a partir de ese año la UNPHU es la primera universidad privada en efectuar su primera promoción de diez médicos.

A partir del año 1976 cuatro universidades reportan egresos médicos; y desde esta fecha al momento actual han ido proliferando en el país las instituciones formadoras de estos recursos (ver cuadro siguiente).

CUADRO No. 11
DISTRIBUCION DE EGRESOS EN UNIVERSIDADES.
1970-1983

UNIVERSIDADES	AÑOS													
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
UASD	39	127	144	33	20	368	282	279	394	533	549	619	381	600
UNPHU				32	45	26	45	45	32	28	27	34	25	27
UCMM											91	97	101	83
UCE							1	19	22	97	486	474	523	1622
INTEC									20	15	20	20	27	31
UTESA														57
NORDESTANA											32	45	47	63
UCIFAS													42	26
TOTAL:	39	127	144	65	65	394	328	343	468	673	1205	1289	1146	2509

Fuente: Universidades CONES.

Al observar estos datos se aprecia que durante el período 1970-1975, el egreso promedio de los médicos en las distintas universidades era de 88; en cambio, el promedio durante el período 1979-1983 es de 1.364 médicos por año lo que evidencia el marcado incremento en la formación de este recurso.

XII. RESIDENCIAS MEDICAS

La connotación del término y la programación de las residencias hospitalarias con o sin aval universitario, surge en América Latina en la segunda mitad de la década de los 40 y constituye una adaptación o intento de reproducción del modelo de residencias Universitarias, surgida en Estados Unidos a partir del Reporte Fenex en 1910, si bien el término residente fue usado en Estados Unidos con apertura del John Hopkins Hospital en 1989 y fue usado para médicos joven que habiendo terminado su internado continuaba su entrenamiento en el campo de la medicina. Es indudable, como todos ustedes conocen, que el informe Flexner y la reforma de los estudios médicos que lleva consigo, produjo un impacto trascendental en la medicina norteamericana, al ofrecerle la base científica de que carecía aún cuando su concepción eminentemente biológica haya alejado durante un buen tiempo el manejo determinantes sociales del proceso salud-enfermedad y haya generado con mucha claridad el camino a la fragmentación y alta especialización.

Una incipiente industrialización, el desarrollo de una mayor tecnología a nivel hospitalario, siguiendo el desarrollo del mercado de equipos médicos, son factores que inciden en el campo de la educación y de la práctica médica y hacen que para la mayoría de países latinoamericanos, los esfuerzos Universitarios se conjuguen en el sector salud al desarrollar las residencias médicas, en un período que para la mayoría de los países fluctúan entre la segunda mitad de la década de los 50 y un buen número de países hasta el 60.

La transferencia de la tecnología a los países subdesarrollados se legitima a través de la dependencia (penetración) ideológica en las concepciones sobre la ciencia y el ejercicio profesional y dentro de éste el prestigio del médico y social de las especialidades ligadas a la tecnología cada vez más sofisticadas; sin embargo esta relación no es lineal ni menos aún mecánica, y el proceso de los propios países subdesarrollados se da como resultado de las relaciones histórico dialécticas entre ambas sociedades dentro del sistema capitalista al que pertenecen. Esta relación explica las particularidades y contradicciones que se manifiestan en el sistema de formación y de atención médica en cada país, de entre los que se destacan:

- a) La necesidad de especialización en el campo médico.
- b) El mayor prestigio del especialista con relación al médico general.
- c) La necesidad de contar con un plantel médico completo en los hospitales.
- d) El residente como mano de obra barata bajo la consigna de su formación.
- e) Para el recién egresado la residencia como trabajo inmediato e inversión diferida, para una mejor inserción en la práctica privada después.

- f) El estímulo intelectual dentro del enfoque biológico de la medicina y la de desarrollo de la medicina social.

En la República Dominicana, las residencias médicas, al interior de los hospitales y no en el seno de la Universidad. Se inician a partir del año 1970 cuando le fue concedido el aval académico a la residencia de Cardio—angeología en el Instituto Dominicano de Cardiología. Durante este proceso en la década de los 70 han logrado aval académico por parte de la Universidad los residentes de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Gastroenterología, Gineco—Obstetricia, Dermatología, Psiquiatría, Anestesiología, Ortopedia, Traumatología, Endocrinología.

En estos momentos existen en el país con o sin aval correspondiente más de 30 programas de residencias médicas.

Las principales causas que contribuyeron a la aparición de los residentes médicos en la República Dominicana, entre otras figuran las siguientes:

- a) La necesidad hospitalaria de mano barata y calificada trabajando a tiempo completo.
- b) El número de especialistas formados en el extranjero, quienes deseaban reproducir su modelo de formación.
- c) La política de "puestos cerrados" de los Estados Unidos a los médicos aspirantes a realizar estudios de especialización.
- d) La necesidad del médico dominicano de especializarse, como forma de competir adecuadamente en el ejercicio privado de la medicina.

XIII. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

1. Se hace inminente que las universidades en coordinación con las instituciones sanitarias definan la aplicación de políticas en lo que concierne al número, los perfiles profesionales, los puestos necesarios y el adiestramiento o actualización del personal de salud.
2. La producción y los programas de estudios del personal de salud deben planificarse según las necesidades de cada país, enmarcándose siempre dentro de un proceso dinámico que permita readecuar sus contenidos conforme a la realidad sanitaria del momento y contexto histórico que se esté viviendo.
3. Existe una marcada descoordinación entre el Estado y las Escuelas de Medicinas para planificar el recurso médico necesario de acuerdo a la calidad, tipo y cantidad.
4. Se prevee a corto y mediano plazo que si el Estado no crea nuevas plazas para médicos; la crisis del mercado de trabajo médico se tornará cada vez más grave.
5. No existe una distribución del recurso médico acorde a los perfiles de salud de la población en las diferentes regiones sanitarias.
6. La situación del mercado médico de trabajo en República Dominicana es una

expresión concreta de la crisis económica que sacude a nuestros países.

XIV. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Anderson Alasteir ¡Atención Gobiernos! Revista Salud Mundial —OMS—. Abril 1987, Pág. 8—10.
2. Benkowski Zbigniew "Una burla y un derroche. Revista Salud Mundial. OMS. Abril 1987, Pág. 3—5.
3. Batista L. Vincent. "Repercusiones del acuerdo. Stand-By sobre el sector salud. Mimeo UASD—Santo Domingo, 1984.
4. Bryant Jhon H. "Es preciso actuar" Revista Salud Mundial —OMS—. Abril, 1987, Pág. 12.
5. Belmartino, S. et AL.; El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina. IN Cuadernos Médicos Sociales No. 36, 1986. p. 3 — 22.
6. CENTRO DE INVESTIGACION Y APOYO CULTURAL (CIAC). Comp. Formación Social Dominicana y Proceso Salud — Enfermedad. Tomo II, 2 ed. Ediciones Apoyo Cultural 1984, 259 p.
7. FASSLER, CLARA: Planificación —Salud y Desarrollo; 1. Ed. República Dominicana.— Industria Nacional del Libro. 1980, 105 p. (Salud y Sociedad, colección SESPAS).
8. Frenk, Julio "México hace frente al desafío" Revista Salud Mundial —OMS—. Abril 1987. p, 20.
9. Frenck J; Hernández Llamas, A y Alvarez L. "El mercado de trabajo médico" UAM—Xochimilco, México, 1980.
10. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, PROFAMILIA, ed. Población y Salud en la República Dominicana. 1 ed. Gente 1986. 158 p.
11. Mejía, Alfonso. "Sobredosis de Médicos" Revista Salud Mundial —OMS—. Abril 1987, pág. 26.
12. Mella, César. "Algunas reflexiones en torno a la formación de los médicos en la República Dominicana". Revista Científica AMD. Distrito Nacional, vol. 1, No. 1, 1985, pág. 15—20.
13. Mercer, Hugo; Cordero, Hesio: La Práctica Médica en América Latina. 1 ed. República Dominicana Impresos de calidad, 1981, 49. p. (Salud y Sociedad, Colección SESPAS).
14. Nunes, Everardo Duarte, Ciencias Sociales y Salud en América Latina Tendencias y Perspectivas. Montevideo, OPS—Ciesu, 1986, 462. p.
15. Ramalingaswami — ¿Cuántos Médicos? Revista Salud Mundial —OMS—. Abril 1987, pág. 5—7.
16. Soberon A. Guillermo. "El desequilibrio de los recursos humanos". Revista Salud Mundial —OMS—. Abril 1987, pág. 16—17.
17. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; OPS/OMS; Recursos Humanos en Salud. Estudio sobre la relación oferta—demanda en la República Dominicana 1970—1989. 1 ed. S.N. 1985. 128. P (Recursos Humanos en la Salud No. 2, colección SESPAS).

18. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; OPS/OMS: Estudio sobre la situación de los técnicos medios en la República Dominicana; su formación y utilización en la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). 1 ed. SN 1985. 85. p (Recursos Humanos en la Salud No. 3, colección SESPAS).
19. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social: Salud Pública, cuatro años de gobierno (1978-1982). 1 ed. Fotomecánica Gerardo. 1982, 263. p. SESPAS.
20. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; OPS/OMS; Análisis de los programas de Integración Docente-Asistencial en República Dominicana. 1. ed. SN. 1985. 78. p. (Recursos Humanos en Salud No. 3, SESPAS).
21. Secretariado Técnico de la Presidencia, Oficina Nacional de Planificación; UNICEF: La situación de la infancia en la República Dominicana, S.N. 1986 265 P.
22. Secretariado Técnico de la Presidencia, Oficina Nacional de Planificación, UNICEF. Indicadores Básicos. 1 ed. SN. 1986. 129. P.
23. Smith. Brian A. ¿Cuánto cuesta el exceso de Médicos? Revista Salud Mundial. OMS. Abril 1987. Pág. 18.
24. Vasco Uribe, Alberto. Salud, Medicina y Clases Sociales. 5ta. ed. Medellín-Colombia: Rayuela, 1986, 208 p.
25. Virchow, Comuna Sanitaria. Patogenia del desempleo médico. Mimeo-Ecuador. Mayo de 1985.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, PROFAMILIA, ed. Población y Salud en la República Dominicana. 1 ed. Gente. 1986, 158 p.
2. Loewe Ricardo. Oferta y Demanda de Servicios de Salud. Escuela de Salud Pública de México.— 1978, Pág. 1 — 4.
3. Batista L. Vincent. "Repercusiones del acuerdo Stand-By sobre el sector salud. Mimeo UASD—Santo Domingo, 1984.
4. Ibid, pp. 38.
5. Bryant Jhon H. "Es preciso actuar" Revista Salud Mundial —OMS—. Abril 1987 — Pág. 12.
6. Frenk, Julio "México hace frente al desafío" Revista Salud Mundial —OMS—. Abril 1987. p, 20.

TENDENCIAS GENERALES DEL MERCADO DE TRABAJO MEDICO EN LAS AMERICAS

Dr. Roberto Passos Nogueira
Consultor de Recursos Humanos OPS.—
Washington.

INTRODUCCION:

Identificar tendencias generales de cualquier tipo de mercado de trabajo, es una tarea difícil, porque sólo en algunos casos se logra distinguir con claridad lo que es una tendencia dominante, de largo plazo, de aquello que es un fenómeno o un rasgo de coyuntura.

En esta ponencia, nos interesa, sobre todo llamar atención para algunos hallazgos de estudios y encuestas recientes sobre fuerza de trabajo médico en el continente, que parecen indicar el apareamiento de tendencias nuevas y hasta contrapuestas a las que se venían observando desde las décadas de 60 y 70.

Hay ahora cambios significativos en la estructura del mercado de trabajo médico, los cuales en parte emanan de la crisis socio—económica, pero talvez, se implanten como rasgos de largo plazo, independiente del contexto actual.

De todos modos, el tema tiene su relevancia definida, en la medida que, evaluar tendencias es un ejercicio de gran utilidad en la planificación y en la determinación de políticas de recursos humanos en salud. En este caso específico, sirve también para evitar posiciones alarmistas o muy pesimistas que se basan en conceptos y datos que no son más válidos en este momento.

El mercado de trabajo médico es un objeto, cuyo análisis suele ser lleno de prejuicios y consideraciones de marcado peso corporativo, porque naturalmente quien más está interesado en su discusión son los médicos mismos.

Afortunadamente en diversos países, los gremios médicos han contratado soció-

logos y otros profesionales que desarrollan estudios bien diseñados sobre la dinámica del mercado de trabajo médico, aportando análisis y datos más imparciales.

Las tendencias que vamos a resumir a continuación, están apoyadas por datos y trabajo publicados o en prensa, la serie: "Educación Médica y Salud" y hacen parte de un banco de datos de fuerza de trabajo en salud que será en breve distribuido por OPS, a las instituciones académicas interesadas.

1. El número de graduados por los cursos de medicina disminuyó o tiende a disminuir en los próximos años.

En muchos países de las Américas, el auge de la producción de médicos fue alcanzado entre 1975 y 1983, como consecuencia de la expansión de la enseñanza médica ocurrida en el decenio anterior a 1975; lo cual, no por simples coincidencias es marcado por un ritmo ascendente del desarrollo capitalista en escala planetaria.

A la explosión de la educación médica en la década de los 70, se hizo seguir una serie de reajustes de naturaleza económica y política que conformaron nuevas fuerzas y estrategias de la práctica médica y una nueva política educacional, más restrictiva para el sector.

Sin embargo, desde el inicio de los años 80, el número absoluto de los egresados de las escuelas, empieza a bajar. En algunos países, eso aún no ha ocurrido, pero el número de ingresados a los cursos ya disminuyó, de tal modo que en breve este efecto se manifestará en lo que concierne al número de graduados.

La reducción de la demanda por la enseñanza médica tiene por lo menos tres determinantes:

- a) Políticas y medidas gubernamentales de contención del número de admitidos.
- b) La pérdida del poder de atracción de la profesión médica en función de la grande competencia en el mercado de trabajo.
- c) Surgimiento de otras carreras modernas y bien remunerados, como por ejemplo, la informática, que constituyen alternativas interesantes para la educación de los hijos de la clase media.

Las perspectivas actuales son de que la presión de competencia a nivel de mercado de trabajo médico, se atenuará a lo largo de la próxima década. Esta es una previsión que depende también del comportamiento de la economía, ya que la creación de un significativo número de nuevos puestos de trabajo, en el sector público y privado, sólo podrá ocurrir con la superación de los problemas asociados a la recesión y la deuda externa.

2. El salario está siendo valorizado como forma de remuneración del trabajo médico.

Los estudios recientes demuestran que la tendencia a que el salario sea la principal forma de remuneración de los médicos es universal y continúa siendo con un poder de coerción, pero se implanta de una manera más lenta y gradual de lo que nosotros habíamos juzgado en la década de los 70. El trabajo bajo salario y la actividad autónoma, con su infinidad de formas, es combinado en múltiples y creativas maneras, sobre todo para los médicos con más de 5 a 10 años de graduación, la ocupación autónoma, típica o atípica, esto es, como clínica liberal clásica o bajo contrato con empresas y seguros es bastante resistente. Sin embargo, hay indicios que disminuyó su capacidad remunerativa, debido a restricciones recientes en los gastos de las familias y en los beneficios de seguro ofrecidos por empresas privadas y por el propio Estado.

Un rasgo interesante que emerge de toda esa nueva situación es que el salario está siendo visto de una manera más positiva de lo que solían hacer los médicos de la década pasada. Antes se hablaba mucho (quién se acuerda?) de la proletarianización del médico, proceso que recubierto de muchas cargas ideológicas está distinguido en tres elementos principales:

- La tendencia a la remuneración asalariada
- La pérdida de status social
- La rebaja del nivel de ingreso promedio del grupo profesional.

Ahora, la visión de los médicos en relación a ese punto parece bien cambiada. En tiempos de crisis la garantía de ocupación es algo más importante que la forma de remuneración. Además el salario se volvió una fuente segura de remuneración, delante de la disminución de los ingresos obtenidos con la práctica privada, y las dificultades de ejercerla.

Así, la crisis contribuyó para valorizar el salario. El fortalecimiento sindical o gremial de los médicos por otra parte, en algunos países, logró mantener relativamente el nivel real de los salarios médicos o, incluso llegó a aumentarlo, en un enfrentamiento directo con las políticas recesivas de los gobiernos y el afán de explotación de la iniciativa privada.

Cumple enfatizar que esa valorización del salario como forma de remuneración viene de encuentro a los objetivos de las políticas de salud más transformadoras, que obviamente, en la medida en que preconizan la universalidad y la equidad, solo pueden tomar al salario como base de pago del trabajo de los médicos.

3. No parece haber una tendencia a creciente especialización.

Al contrario de lo que tanto se subraya en la década pasada, no hay evidencia que demuestre que los médicos en proporción creciente se dedican a especialidades.

El número de especialidades nuevas crece, evidentemente impulsadas por el de-

sarrollo técnico—científico de la medicina, pero la relación entre el número de profesionales dedicados a áreas básicas, como clínica, pediatría y gineco obstetricia y el número de ocupados en verdaderas especialidades, se mantiene relativamente constante.

Lo que si parece ocurrir es un doble movimiento de especialización y desespecialización del trabajo médico. Frecuentemente, un mismo profesional combina una especialidad con una no—especialidad y eso es parte de la estrategia de subsistencia adoptada en el mercado de trabajo.

No es anécdota que algunos médicos ejercen Oftalmología de día y están por la noche de guardia en un hospital de Obstetricia.

Con el doble movimiento de especialización y desespecialización del trabajo médico, que además solo repite una característica general del trabajo bajo condiciones capitalistas, se logra obtener un determinado balance que nosotros no sospechábamos hace algún tiempo.

4. La migración hacia los países desarrollados está disminuyendo.

El “brain drain” médico está cada vez menor. Los países receptores de médicos, Canadá y Estados Unidos, principalmente, adoptaron medidas restrictivas a la entrada de especialistas y estudiantes extranjeros, como resultado de la presión de competencia interna de los médicos de esos países.

Eso significa que la pérdida de destreza y de los recursos empleados en la formación del profesional deja de ser un problema tan grande como fue hace 10—20 años, en que las corrientes migratorias de profesionales de salud se volvió un objeto de constante preocupación por parte de organismos como la Organización Mundial de la Salud.

5. Hay desocupación médica pero debe reevaluar su significado.

De todo lo que ocurre en la década de los 80, con un mercado de trabajo médico, nada es tan polémico como el problema de la desocupación y del subempleo.

La desocupación existe, es visible, es innegable. Pero yo, particularmente, estoy seguro que la interpretación a ella dada es distorsionada por los intereses corporativos y por una visión idealista de la sociedad y del rol del médico en ella. Además, sirven para pintar con tintas ideológicas a ese tema las políticas públicas contencionistas y recesivas adoptadas en el contexto de la crisis.

Hay aquí dos grandes dificultades. En primer lugar, se debería medir la desocupación, tener datos objetivos sobre la magnitud y en diferentes momentos, con encuestas criteriosas, para poder evaluar si la desocupación está estable o tiende a ampliarse.

En segundo lugar, considerando que hay una determinada proporción de médicos desempleados, es importante establecer criterios para así llegar a un juicio si esa proporción es "normal" o revela realmente una situación de crisis de empleo.

El problema es que, bajo condiciones capitalistas de trabajo, hay siempre un excedente relativo de fuerza de trabajo que regula su precio en el mercado y eso no hace excusión a los médicos y a otros trabajadores calificados. El total empleo es una ilusión, incluso para los médicos, y por lo tanto hay una proporción "normal" de desocupados, con valores fluctuantes.

Si una investigación bien hecha, muestra que 3 a 5 o/o de los médicos están buscando empleo y no lo encuentran, se puede decir que esta es una proporción normal, o sea estructural dentro del mercado de trabajo.

Es muy difícil fijar un límite más allá de lo cual se puede considerar que hay una crisis de empleo médico. A lo mejor eso debería ser hecho a base de series estadísticas como se hace con el empleo en general de la economía.

Es posible que en algunos países del continente haya una crisis de empleo médico, a pesar de que los datos disponibles son poco confiables. Creo que en ese particular cada país es un caso, porque las estrategias de subsistencia y lucha en el mercado de trabajo tienen condicionantes sociales e institucionales distintos.

La evaluación de la oferta y la demanda de fuerza de trabajo, es algo bien objetivo y tiene médicos rigurosos que vienen de la Demografía. Uno puede establecer, así, en cuanto la oferta supera la demanda y cual es la dimensión del desempleo, e incluso si es "normal" o crítico.

Ahora, decir que hay exceso de médicos ya es un juicio de valor, y como tal tiene implicaciones políticas. Afirmar que hay exceso de médicos, nunca es una declaración ingenua o desvestida de alguna motivación de interés personal, de grupo o de gobierno.

Hay tres formas de llegar a un juicio sobre la adecuación o no del número de médicos y todas tienen consecuencias políticas, porque a partir de allí el tipo de juicio muchas veces determina "ipso facto" la acción a ser tomada.

1. En base a las reglas del mercado y a los intereses corporativos que los interpretan;
2. En base a los objetivos de políticas oficiales, motivadas por cualquier tipo de criterio y coyuntura económico-social.
3. En base a objetivos de justicia social y a los intereses de la población como causa de la sociedad civil no corporativa.

El ideal sería que esas tres bases de valorización de la realidad fueran coinciden-

tes entre sí. En este caso, el juicio sería aún de naturaleza política pero no produciría polémicas. El hecho es que, frecuentemente, las tres bases son discrepantes y los conflictos de opinión y de corrientes de pensamiento se establecen.

Como en este momento, yo adopto la tercera de las bases mencionada, prefiero decir, que no hay exceso de médicos en las Américas. Decir que hay exceso de médicos, así abstráctamente y aceptando nada más que las leyes de la oferta y la demanda y las preocupaciones de los gremios, es para mí, como decir que hay sobreproducción de carne, trigo, maíz, o cualquier otra mercancía en un país, donde una parte significativa de población está con hambre. En las dos situaciones, lo que hay es insuficiente capacidad de consumo criada y mantenida por el tipo de sociedad que produce esos médicos y esas mercancías.

Yo quisiera destacar, finalmente, la necesidad de promover profundos análisis de la dinámica del mercado de trabajo médico y de salud en general, que puedan ayudar a una mejor interpretación de esas tendencias y esos conceptos. Las Universidades y Facultades aquí representadas tienen seguramente un rol importante a juzgar en ese punto y ojalá en una próxima reunión haya investigaciones nuevas y estimulantes a ser presentadas sobre ese tema.

SESION DE TEMAS LIBRES

- 1. CAMBIOS EN EL CONTENIDO Y ORIENTACION DE LA ENSEÑANZA MEDICA PARA CONTRIBUIR A LA META DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000**

Dr. Bienvenido Delgado Bellini
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional Pedro Henríquez
Ureña — Santo Domingo, República Dominicana

- 2. EL PERFIL PROFESIONAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

Dr. Ricardo de Villegas Facultad de Ciencias Médicas de Bolivia

- 3. EL HECHO POLITICO SOBRE LA PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Dr. Manuel Rosero
Secretario Asistente AFEME
Profesor del Area de Salud Mental

- 4. UNA ALTERNATIVA TRANSFORMADORA EN LA ENSEÑANZA DE TECNICA QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EXPERIMENTAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE QUITO**

Dr. José Miguel Alvear L. Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador

- 5. EDUCACION MEDICA EN EL ECUADOR PARA EL SIGLO XXI**

Dr. Gonzalo Puga A.
Profesor Principal FCM.

**6. ENTRE EL MITO Y LA REALIDAD
SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 Y EL ROL DE LAS
UNIVERSIDADES**

Dr. Jorge Reyes Jaramillo

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador

7. LA ENSEÑANZA DE LA SALUD OCUPACIONAL EN AMERICA LATINA

Dr. Oscar Betancourt

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador

8. EL CURSO DE POSTGRADO DE INVESTIGACION Y ADMINISTRACION

Dr. Edmundo Granda

Docente de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador

**9. ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS EN LA EDUCACION MEDICA
UN APOORTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
MAYOR DE SAN ANDRES — BOLIVIA**

Dr. Hugo M. De la Quintana G.

Jefe del Departamento de Salud Pública

10. LA SALUD EN BOLIVIA Y LA RESPUESTA DE LA UNIVERSIDAD

Dra. Nila Heredia de Stamponi

Directora de Estudios de la Facultad de Medicina de la
Universidad Mayor de San Andrés

TERCERA SESION PLENARIA

LA EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA: ENFOQUE HISTORICO

INTRODUCCION

**L. F. Bojalil
México**

La Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, ahora en su XIV Conferencia sobre Educación Médica, ha seleccionado como su tema central de trabajo el siguiente: "Las Universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para alcanzar Salud para Todos en el Año 2000".

Dentro del tema la Transformación de la Educación Médica en América Latina este foro estará dedicado a exponer el enfoque histórico.

INTRODUCCION

La educación médica ha tenido diversas transformaciones a lo largo del tiempo, conocer los mecanismos y los factores que han propiciado este proceso, se hace importante para entender de una forma clara las alternativas actuales y visualizar las perspectivas para el futuro de la educación médica. Comenzaré esta introducción al tema, a manera de ejemplo y para identificar ciertos elementos importantes en las transformaciones de la educación médica, haciendo una referencia a los cambios que ha propiciado la estrategia de la atención primaria, surgida hace algunos años y fortalecida en nuestros días. Posteriormente hablaré brevemente de algunos problemas históricos en la transformación de la educación médica y mencionaré algunas determinantes en estas transformaciones, finalmente hablaré, también brevemente, sobre algunas tendencias de la educación médica en las últimas décadas.

Los panelistas aquí presentes expondrán posteriormente diversos aspectos históricos de las corrientes filosóficas, científicas, técnicas y sociales que han conducido a la educación médica hasta los planteamientos educativos actuales.

INFLUENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE ATENCION A LA SALUD EN LAS TRANSFORMACIONES DE LA EDUCACION MEDICA

La atención primaria se ha considerado como la estrategia clave para ampliar la oferta de salud, lograr la participación de la comunidad, y tender a una atención integral, como respuesta a la complejidad del proceso salud-enfermedad. En estas condiciones, no fue más que natural que las universidades examinaran su participación en la transformación de la educación médica y de otras disciplinas de la salud, por lo que algunas escuelas y facultades de medicina procedieron y otras seguramente lo intentarán en el futuro, a adaptar sus programas educativos para formar recursos humanos en concordancia con estos planteamientos.

Si las escuelas y facultades de medicina asumen la atención primaria como una estrategia que oriente la formación de recursos humanos, esto significa para ellas no solo transformar sus programas educativos, sino también dar cabida a formas nuevas de organización del trabajo académico. En consecuencia se puede afirmar que la introducción de nuevas estrategias educativas trae como resultado un proceso de cambio profundo en planes y programas y en la redefinición de los fines de la educación médica. No se trata de una adición de nuevos temas o simples cambios de contenido, sino de un reordenamiento del conocimiento y de cambios en las formas pedagógicas en función de las nuevas tendencias sociales de las prácticas profesionales.

PROBLEMAS HISTORICOS EN LA TRANSFORMACION DE LA EDUCACION MEDICA

La experiencia acumulada hasta ahora ha demostrado, que las universidades han tenido dificultades en el cambio de sus programas educativos, porque los problemas que se presentan, generalmente son resueltos de una manera mecánica, sin una teoría educativa que oriente las acciones. A los programas se les añaden nuevos contenidos, de acuerdo con la moda o los gustos, pero difícilmente se integran conceptos. Por ello y por los grandes cambios que se presentan en la actualidad, se hacen indispensables mejores estudios que muestren caminos adecuados para diseñar nuevas formas de enseñanza tomando en cuenta los retos de la época.

A lo largo de la educación médica en Latinoamérica es posible identificar varios problemas persistentes:

1. Los criterios para definir los cambios han sido poco sistemáticos, sólo algunas universidades han fijado sus propias alternativas de formación de recursos de acuerdo con una política explícita que tome en cuenta fines educativos, condiciones sociales del país y la estructura de los servicios de salud.
2. La definición de un plan de estudios para la educación médica en las unidades,

no resulta fácil cuando no existe un modelo teórico—normativo que oriente las acciones de acuerdo con los fines que se persiguen. Actualmente las universidades están conscientes de la importancia que tiene esto para la realización de los cambios.

3. La educación ha sido orientada por patrones que se repiten sin ningún cambio, lo que con el tiempo vuelven irrelevante la enseñanza. Por ello en los nuevos programas educativos no es posible seguir los mismos criterios de organización académica, ni de evaluación usuales en los programas basados en otras estrategias educativas.

DETERMINANTES DE LAS TRANSFORMACIONES

Lo dicho hasta ahora nos indica que las necesidades sociales generan nuevos conceptos e imponen cambios en las prácticas profesionales, lo que se refleja también en cambios en la forma y contenido de los programas para la formación de recursos humanos. Estos cambios de conceptos y el desarrollo técnico científico han transformado la educación médica a través del tiempo; un análisis histórico puede documentar estos hechos.

El estudio de la evolución histórica de la educación médica en Latinoamérica es necesario para hacer un planteamiento comprensible sobre la educación futura.

TENDENCIAS DE LA EDUCACION MEDICA EN LAS ULTIMAS DECADAS

En la década de los 60, al mismo tiempo en que se incrementa de manera notable la demanda educativa, se multiplican las instituciones formadoras de recursos humanos. Existe también una marcada preocupación por cambiar y hacer más eficientes los programas educativos. Es la época en la que se empieza a cuantificar el número de horas por materia, en la búsqueda de un equilibrio entre las áreas de conocimiento. Las ciencias morfológicas empiezan a perder fuerza en beneficio de las ciencias básicas y de la anatomía patológica, se busca también introducir conocimientos científicos modernos como la genética y la biología celular y molecular.

En una etapa posterior, en el inicio de la década de los 70, la educación se orienta específicamente a aspectos metodológicos de la enseñanza y a la reorganización de los contenidos de cada materia. Se piensa que la aplicación de una tecnología educativa moderna es la mejor garantía para elevar los niveles académicos, independientemente de los fines educativos.

Años más tarde al definirse que la práctica médica no es solamente técnica sino que necesariamente involucra lo social, se diseñan planes de estudio en los que se introducen materias como la sociología, la antropología y la demografía, aunque de manera poco sistemática y hasta caótica. Se definen también espacios en las comu-

nidades para prácticas de los estudiantes sin que estas estén integradas al cuerpo programático fundamental de cada plan de estudios.

Actualmente la educación médica hace énfasis sobre la medicina orientada a la población abierta y se destaca la necesidad de adquirir una amplia experiencia en trabajo comunitario. Esto implica un uso variado de espacios, para la enseñanza, en los que, desde luego, se incluye a los hospitales pero con la intención obvia de señalar que estos no son el único espacio formativo. Desde el punto de vista de la educación científica en el área médica la tendencia actual es hacia la integración de las ciencias básicas con la clínica, lo preventivo con lo curativo, lo social con lo biológico, la docencia con la investigación y ambas con el servicio. Es decir se buscan esquemas de integración multidisciplinaria e interdisciplinaria y un mayor acercamiento entre la teoría y la práctica.

Desde el punto de vista de la pedagogía, actualmente se sugiere la enseñanza en grupos relativamente pequeños, en los que se impulse la autoformación del estudiante mediante su inserción en actividades individuales o colectivas, buscando lograr con ello una mayor formación teórica y práctica. En este proceso de trabajo, y con el reforzamiento de la enseñanza científica, se busca que los estudiantes desarrollen juicios críticos y aprendan los métodos y formas de creación y recreación del conocimiento. Se hace también hincapié en el desarrollo organizado de las habilidades de comunicación en sus diversas formas, la oral, la escrita, y otras pertinentes para la difusión del conocimiento.

Las tendencias pedagógicas actuales se basan también en el planteamiento y solución de problemas. Desde un punto de vista general se considera que para seleccionar un problema para el aprendizaje, este debe tener importancia social y su solución requiere de un trabajo orientado por un amplio conocimiento teórico e instrumentos técnicos y metodológicos apropiados.

Las tendencias hasta aquí descritas se dirigen a abandonar posiciones exclusivamente biologizantes o científicas que por lo general encontraron sustento en una filosofía positivista y neopositivista, pero aún no esclarecen el camino para la transformación hacia un nuevo marco teórico que guíe la educación médica en América Latina.

LAS UNIVERSIDADES EN LAS TRANSFORMACIONES ACTUALES

Es indudable que los nuevos conocimientos que aportan las innovaciones educativas enriquecen nuestro marco conceptual, de ellos junto con el estudio de nuestro desarrollo histórico en el campo educativo y de las corrientes filosóficas que actualmente se enfrentan, surgirán las nuevas propuestas que expliquen mejor los fenómenos que se suceden en el campo de la salud y la relación que tiene la medicina con el desarrollo científico-técnico y los determinantes sociales de la enfermedad. Por

ello tendrá una importante repercusión en el futuro de la educación médica.

Para lograr recopilar toda la experiencia de las innovaciones y para avanzar en el conocimiento sobre mejores formas de educación médica que recaigan en transformaciones en la formación de recursos humanos de acuerdo con la realidad social de América Latina, se hace necesaria la formación de grupos, de investigación y análisis, multinacionales del área.

CONSIDERACIONES SOBRE EL MARCO CONCEPTUAL DE LA EDUCACION MEDICA EN LAS DECADAS DE LOS AÑOS "50" Y "60"

Dr. Miguel Márquez
Managua, Nicaragua
Septiembre de 1987

"... Los hombres hacen su propia historia, ¿pero qué determina los móviles de éstos hombres, y precisamente de las masas humanas? ¿Qué es lo que procura el choque de ideas y de aspiraciones contradictorias?. ¿Qué representa el conjunto de éstos choques que se producen en la masa entera de las sociedades humanas?. ¿Cuáles son las condiciones objetivas de la producción de la vida material que crea todas las actividades históricas de los hombres? ¿Cuál es la ley que rige el desenvolvimiento de éstas condiciones?. Marx concretó su atención en todo esto y trazó el camino para estudiar científicamente la historia como un proceso único, sometido a leyes, en toda su inmensa diversidad y carácter contradictorio. . .". (Ed. V.I. Lenin; C. Marx. Obras Completas Tomo 21. Ed. Aug. Pag. 81-82. 1952).

1. Premisas para el enfoque histórico de la educación médica latinoamericana.

En la participación en éste Panel Foro, en el que comparto con directos amigos y compañeros que trajinaron en el campo de la "Educación Médica Latinoamericana" en la década de los años "70" trataré de incursionar en algunos de los aspectos centrales que nos ha tocado tramar y urdir en el abligarrado tejido de nuestra Educación Médica, la "Educación Médica Latinoamericana", que tiene un hilo conductor: la regularidad social de nuestros pueblos y su regularidad social como parte integral de una formación económica social determinada. Por lo tanto, al hablar del

enfoque histórico de la Educación Médica en nuestra América Latina, tenemos que interpretar como una "particularidad" en el análisis general de nuestra sociedad y de sus luchas por la independencia y autodeterminación.

En el desarrollo de la Educación Médica Latinoamericana hay fenómenos objetivos y subjetivos "ser social y conciencia social". Entre ellos existen vínculos y relaciones, cuyo estudio desempeña un papel importante en la explicación de los cambios, o desarrollo de la Educación Médica Latinoamericana. Estamos convencidos de que, sin una solución acerca del problema de la relación entre la "conciencia social" y el "ser social" es imposible interpretar la transformación de la educación médica en el último cuarto del Siglo XX. . . Estamos plenamente convencidos que son los hombres los que hacen la historia, que tras de la historia no hay fuerzas sobrenaturales y es lo que nos lleva a sentar como base fundamental que el hombre, el hombre real, material, inserto en su clase social y en su tiempo histórico, es el motor de la historia de los cambios sociales, institucionales y de su propia existencia.

La anterior disquisición nos lleva a plantear que cada nueva generación de educadores médicos, incorporándose a la vida universitaria y de su sociedad, como un todo, hereda el sistema "objetivo-subjetivo" de las relaciones de producción con las sociales, en nuestro caso la "práctica médica y el conocimiento científico biomédico", que no dependen de su voluntad por estar condicionando al desarrollo de las fuerzas productivas y contradicciones que la antecedieron. Por lo tanto, son éstas relaciones formadas en el curso de la historia de las formaciones económico-sociales, las que determinan el carácter y las condiciones de trabajo de los educadores médicos, en el momento y espacio que les toca actuar y cumplir su papel protagónico.

Además, al mirar retrospectivamente nuestro trabajo, nos lleva a considerar que, una vez concebidas las ideas materiales y sociales y la lucha por los cambios institucionales, existió tiempos de "latencia", de "autonomía relativa" que se aprovechó para procesar las ideas y proyectarlas en sentido prospectivo, para conducir esas acciones hacia las transformaciones fundamentales de nuestros países.

En el transcurso de nuestro trabajo, en la interacción de los factores objetivos y subjetivos en las sociedades, hemos aprendido en duros reveses y algunos éxitos, las lecciones que Lenin caracterizaba en la siguiente forma: "al caos y a la arbitrariedad, que imperaban en las concepciones relativas a la historia y a la política, sucedió una teoría científica compleja y armónica, que muestra cómo de un tipo de vida social se desarrolla, en virtud del crecimiento de las fuerzas productivas, otra más alta, cómo del feudalismo, por ejemplo, nació el capitalismo . . ." (1).

La Educación Médica en América Latina, pequeña parcela en el descubrir de la vida universitaria, en sus transformaciones, no es de acuerdo a nuestro criterio una aglomeración caótica de absurdos, de improvisaciones; no es un embrollo de acontecimientos, sino que constituye un sistema ordenado, predeterminado por leyes del funcionamiento y existencia de nuestros países, en primer lugar, y luego de sus rela-

ciones con el exterior. Por lo tanto, el enfoque histórico de la educación médica no puede limitarse sólo al análisis de los móviles ideales de las acciones humanas y las aspiraciones conscientes de sus "actores". Tenemos necesariamente que ubicar su decisión por el cambio, por la transformación, su conciencia y experiencia inserta en la marcha y desenlace de los acontecimientos históricos, en procesos del desarrollo histórico de las sociedades, que son sistemas complejos y multiformes que incluyen un número infinito de elementos grandes y pequeños, complicados y simples, conocidos y desconocidos, relativamente estables y permanentemente cambiantes, materiales y espirituales, aspectos, propiedades, contradicciones y tendencias. Todos ellos, que en el plano histórico se modifican, se transforman, progresan y ejercen complejas ingerencias unos sobre otros . . .

2. Consideraciones sobre el marco conceptual de la Educación Médica en las décadas de los años "50" y "60".

En el contexto de éste Panel Foro: "La Educación Médica: enfoque histórico", tomaremos una de sus manifestaciones, el surgimiento del marco conceptual de la Educación Médica e implicaciones en la formación de los médicos latinoamericanos. Estamos conscientes de la amplitud del tema, de lo polémico y controdiversial, por lo tanto, nuestra aproximación, necesariamente, con todas sus limitaciones, intenta abrir un espacio fértil para la reflexión y ulteriores estudios, y se concreta a las décadas de los años "50" y "60".

En nuestra disquisición, reconocemos como "Marco Conceptual", el planteamiento expresado por García, en el trabajo sobre: "La articulación de la medicina y de la Educación en la Estructura Social" (2), que señalaba bajo el título de marco conceptual: "al intento de establecer la relación entre una serie de innovaciones en el campo educacional y en el de salud con la estructura social; con el de apreciar cómo las soluciones que se proponen obedecen a necesidades emanadas de la totalidad social, por lo tanto, se parte de la afirmación de que la práctica y el saber en el campo educacional y en el de la salud están ligados a la transformación económica. En otras palabras, se postula que la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina y la educación en la estructura social y desde el punto de vista epistemológico, se opta por la postulación que sostiene que la concepción y la proposición de alternativas educacionales no surgen por un simple juego del pensamiento, sino que tienen su origen en la experiencia de los hombres con el mundo material, en sus relaciones de transformación de la naturaleza y de las relaciones de los hombres entre si.

3. El marco conceptual de la educación médica latinoamericana en la década de los años "50"

Los primeros movimientos en la década de los años "50", indudablemente, fueron tímidos y orientados fundamentalmente al cuestionamiento de los modelos vigentes de corte europeo (francés, alemán), tratando de adaptar a modelos norteamer-

ricos. Al respecto, Andrade en su Monografía sobre Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina" (3), en su visión retrospectiva nos presentó la situación imperante en los siguientes términos:

"Durante la década de 1950 se iniciaron una serie de cambios en la educación médica latinoamericana. Las causas, el significado, las consecuencias potenciales, el grado de aceptación y las controversias que han suscitado tales cambios, varían de un país a otro, en su génesis y evolución han desempeñado un papel indiscutible algunos factores entre los cuales se destacan la influencia internacional y el incremento de la población estudiantil".

Este período, casi con exclusividad, se caracterizó por responder el Marco Conceptual a las características cualitativas de los médicos a formar. Los educadores médicos estuvieron preocupados por elevar el nivel científico de los egresados, incrementar sus conocimientos y habilidades prácticas, ampliarles la información sobre prevención de enfermedades y crear en ellos una actitud proclive a colaborar y participar en acciones preventivas y de salud pública en general.

Había preocupación por cada uno de los puntos mencionados en el párrafo precedente y se admitía que el modelo tradicional no daba respuesta favorable a las mismas. Para remediarlo, se admitían fórmulas que parecían lógicas, que se sustentaban en el "sentido común", en la "experiencia básica" de la cual nos habla Bachelard (4) y el reconocimiento respetuoso a la superioridad ajena frente a la admisión de las propias limitaciones, lo que determinaba que el Marco Conceptual viniese de un país más avanzado en ciencia y tecnología, en el cual había dado resultados aparentemente buenos, y fuese adoptado, casi siempre sin indagar sus fundamentos teóricos ni considerar otras alternativas.

Según se desprende de la lectura de ponencias y relatos correspondientes a reuniones de educadores médicos celebradas en esa época, parece haber predominado en ellas un razonamiento, según el cual, si se deseaba formar un médico "más científico", era lógico destacar la importancia de la enseñanza de las ciencias básicas y de la medicina experimental que tanto habían contribuido a transformar el estudio del hombre en una ciencia respetable; sí, para poder alcanzar un alto nivel en la enseñanza de las ciencias básicas médicas, el estudiante requería conocimientos de matemáticas, física y química más avanzado que los que adquiriría en la educación secundaria, nada más lógico que empezar enseñándoselos en la escuela de medicina. Era necesario, por tanto, crear cursos introductorios de "ciencias básicas fundamentales", los cuales por otra parte, habían probado ser exitosos en los Estados Unidos bajo el nombre de "College". Otra línea de pensamiento, como veremos más adelante llevaba a plantear la necesidad de implantar, al comienzo de la carrera los llamados "estudios generales".

Si era importante prevenir las enfermedades y los egresados sólo se ocupaban de curarlas, la enseñanza de la medicina preventiva, debía ser impartida a lo largo de

todos los estudios; y si se deseaba que los egresados se interesasen por los problemas de salud de la familia y de la comunidad y sólo lo hacían para los del individuo, era lógico admitir que, a las prácticas hospitalarias centradas en el individuo se agregasen experiencias relacionadas con las primeras. Como en los Estados Unidos tales actividades eran desempeñadas por los Departamentos de Medicina Preventiva, resultaba necesario crearlos en las Escuelas de Medicina de la América Latina.

Si el hombre, además de un ser biológico era un ente social y psicológico y si las dos últimas dimensiones también eran importantes en la génesis de la enfermedad y en la conservación de la salud, era evidente que se enseñase sociología y psicología al igual que fisiología y bioquímica.

Si el alumno debía asumir responsabilidades como médico al egresar de la escuela, tenía que enseñarle a ejercerlas, bajo supervisión, antes de la graduación, para ello, era necesario crear el internado rotatorio de pregrado.

Por último si cada profesor enseñaba lo que quería y como quería y se incurría en repeticiones innecesarias y en contradicciones inadmisibles, nada más racional que "coordinar la enseñanza horizontal y verticalmente".

Naturalmente, para hacer posible todo lo anterior, hacía falta contar con los recursos y la organización adecuadas. Y si la enseñanza de las ciencias básicas, de la medicina experimental y del pensamiento científico requería profesores que los dominasen, tenían que estimular la investigación y crear las condiciones más favorables para su desarrollo, transformando las cátedras improductivas en departamentos que tanta producción científica habían aportado en otros países, y cambiando a los profesores a tiempo parcial que sólo dictaban clases por los de tiempo completo y dedicación exclusiva que podrían enseñar e investigar.

Y todo ello llevaba a razonamientos como el que transcribimos a continuación:

"Los mejores planes de estudio, la mejor organización docente con excelentes profesores, con instructores y medios suficientes, fracasarán si no se les suministra la mejor materia prima, como es ley física y natural en la elaboración de cualquier producto, en la ejecución de cualquier investigación y en modelación de cualquier profesional. Por consiguiente, no es posible aceptar que se deba perder el tiempo con malos alumnos en ese largo y complejo proceso de obtener médicos capacitados" (5). Tal razonamiento, llevaba a sustentar la necesidad de seleccionar los alumnos a ser admitidos y habitualmente iba acompañado, según hemos visto, de la tesis de que era indispensable determinar un cupo en función de la capacidad de cada institución con el propósito de garantizar las condiciones más satisfactorias para la enseñanza. En base a ello era frecuente aseverar: "Lo más importante es que el profesorado tenga conciencia permanente del problema, que el número de alumnos sea escaso para que haya un verdadero conocimiento de los alumnos por parte de los profesores, que cualquier falta sea sancionada drásticamente" (6).

En general, es posible decir que el marco conceptual de la educación médica latinoamericana en los "50" se caracterizaba por una concepción de la educación médica en abstracto y provista de un valor absoluto y universal, totalmente desvinculada de las circunstancias particulares en las cuáles también se asignaba un valor y vigencia universal.

Lo anterior se corresponde con una ausencia casi total de referencia a las condiciones de salud de los países y a las características de su sociedad concreta. Así como a las exigencias específicas que las mismas debían imponer a la educación médica en cada caso en particular, como se hizo evidente más tarde. Podríamos decir qué, durante la década de los "50", la atención de los educadores médicos de América Latina estuvo predominantemente centrada en el cómo hacer mientras se ignoraba o se daban por supuestos el por qué, en cuanto y para qué.

A pesar de la anterior observación, la mayoría de las propuestas de marco conceptual surgidas durante esta época y que hemos tratado de sintetizar fueron adoptadas, al menos formalmente, por un número importante de escuelas, si nos atenemos a la información recabada por García, en 1967 (6). En efecto, para esa fecha, según García la situación puede ser descrita así:

- El 66 o/o de las escuelas hacían examen de egreso.
- El 40 o/o de escuelas tenían algún tipo de curso introductorio.
- El 64 o/o de las escuelas dictaban tres o más asignaturas del área de medicina preventiva y social.
- El 45 o/o de las escuelas tenían algún tipo de cursos "extramural" (medicina de la comunidad y/o familiar).
- El 87 o/o de las escuelas habían implementado el internado rotatorio.
- Prácticamente todas las escuelas enseñaban una o más asignaturas relacionadas con la psicología (general, social y médica).
- El 71 o/o de las escuelas estaban "departamentalizadas", al menos nominalmente.

4. El marco conceptual en la década de los años "60"

Para los años "60", como producto de la dependencia ideológica, económica y política de la mayor parte de los gobiernos latinoamericanos al imperialismo norteamericano, y el modelo que se generó a fines de los años "50", para la elaboración y desarrollo del Marco Conceptual de la Educación Médica Latinoamericana, surgieron nuevas instancias nacionales y supranacionales, representadas por las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina y la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, que trataron de conciliar y crear consenso en el continente y de esta manera consolidar la dependencia de nuestras Facultades de Medicina a los designios de la Asociación Americana de la Escuela de Medicina y a la Asociación Médica Americana como se expresa en la Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina (6), en la que se recomendaba la creación de las

Asociaciones Nacionales y la correlación entre ellas.

Por otra parte en este período, se consolidaba el cerco de aislamiento, de bloqueo, a la emergente Revolución Cubana, a sus tesis de liberación y apertura hacia el socialismo, lo que el Capitalismo Monopolista Supranacional de los Estados Unidos no podía aceptar por la potencial pérdida de uno de sus espacios vitales, de su mercado propio para las compañías transnacionales que demandaban en nuestros países "la armonía social" mediante programas destinados a reforzar las fuerzas policiales y al mismo tiempo reforzar los programas de "Asistencia Social" como medio para aumentar la productividad de la fuerza laboral, reduciendo los costos de reproducción de esta fuerza, para lo cual, los consorcios transnacionales requerían una fuerza laboral "educada", "sana", altamente rentable y satisfactoria.

Con este telón de fondo — crecimiento de corporaciones transnacionales monopolistas que dejan de ser enclaves para insertarse en las economías de nuestra América Latina, para afianzarse en la estructura industrial tecnológica, e intervenir directamente en la formación de los "intelectuales" que requiere el sistema para su consolidación y ampliación, al Marco Conceptual de la Educación Médica Latinoamericana se pretendía encuadrar en la corriente "desarrollista". En los años "60", el Marco Conceptual de la Educación Médica de América Latina tiene el signo del papel preponderante de las iniciativas generales en el seno de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, que nace en las entrañas de la Tercera Conferencia de Facultades de Medicina, (Viña del Mar 1962).

La FEPAFEM, a partir de su nacimiento fortalecida por la asistencia económica de las grandes fundaciones privadas de los Estados Unidos de Norteamérica y contando con los brazos ejecutivos de las Asociaciones Nacionales, emprendió su empresa "transnacional" de generar, difundir y desarrollar un Marco Conceptual hegemónico para la Educación Médica, acorde a los designios supranacionales.

En estas condiciones el Marco Conceptual llevó implícito el sesgo de la dependencia y de su instrumento regulador de la planificación. Fue así como, en 1961, en la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina expresaba su preocupación por esta disciplina al reconocer en la Carta de Punta del Este . . ." las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar, y que los programas de salud pública son esenciales y complementarios de los económicos . . ." (6).

Patiño (7), en su trabajo sobre la Educación Médica, la Alianza para el Progreso y Desarrollo Económico Social, basándose en la Tercera Reunión de Ministros de Educación y Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano de nivel ministerial, Bogotá 1963, y en la Asamblea General de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Cartagena 1963, presentó el Marco Conceptual, en la siguiente forma: "la educación médica tiene una contribución que hacer dentro del proceso de reajustes sociales que representa la mayor y más trascendente que la de ninguna

otra de las fuerzas participantes . . . la salud y la economía son factores interdependientes, y no se puede planear el desarrollo económico de un país sin tener como base fundamental la promoción de la salud, así como no se puede concebir mantener un aceptable nivel sanitario sin una firme estructura económica . . . El médico debe ser formado dentro de una disciplina estricta de estudios, estimulando su interés por la sociedad a la cual va a servir, consciente y conocedor de los problemas, partícipe y coautor de su transformación y superación”.

En esta misma época, Lee, Director de la Oficina de Desarrollo Social y Recursos Humanos del AID (8), expresaba, “que los educadores médicos y de otros campos de la salud deben participar en la planeación del más alto nivel de éstos y de todos los programas . . . El mejoramiento de la salud en las áreas en vías de desarrollo es un requisito para el progreso económico y social”.

Freeman (9), en su intervención sobre “La Alianza para el Progreso” lanzó para América Latina su tesis central para el Marco Conceptual de la Educación Médica Latinoamericana, a plantear que: “la reorientación de los pénsums de las facultades de medicina para incrementar aún más el contenido social de la profesión; el mayor interés en la medicina preventiva y, en el ejercicio de la medicina general en vez de la especializada y, los esfuerzos para implementar una mejor distribución del personal médico, son pasos vitales, de primer orden para alcanzar el propósito de la Alianza para el Progreso”.

Manteniendo esta misma línea de pensamiento para 1963, se produce una nueva intervención sobre el Marco Conceptual sobre la Educación Médica Latinoamericana. Esta vez, con el patrocinio de una Fundación Norteamericana, la Fundación Milbank Memorial y la Organización Panamericana al convocar en Septiembre de 1963, la Conferencia sobre: “Recursos Humanos para las actividades de Salud y los Programas de Educación Médica en América Latina” (10).

En esa Conferencia, se establecieron las bases conceptuales y metodológicas para la definición del Marco Conceptual de la Educación Médica Latinoamericana, partiendo de los estudios sobre recursos humanos para la salud que se iniciaron en Colombia (11), seguido de los trabajos efectuados en Perú (12), Chile (13) y Argentina (14). En otros países, se llevaron a cabo estudios parciales o limitados a la planificación de la salud, como es el caso de la experiencia del CENDES en Venezuela (15).

El esfuerzo y los resultados de estos estudios llevó a plantear la tesis pragmática, que impregnó en el Marco Conceptual de los años “60”, el criterio del médico que el país necesita y del número que deben formar las facultades/escuelas de medicina para satisfacer los requerimientos nacionales.

En esta etapa, a pesar de las limitaciones propias del desarrollo político-ideológico de un amplio sector de educadores “médicos”, se logró ampliar el horizonte del Marco Conceptual, al correlacionar la formación de los médicos latinoamericanos con los cambios sociales, económicos y políticos que se sucedían en nuestros países,

y al mismo tiempo, un acercamiento metodológico más objetivo para interpretar los avances científicos y tecnológicos en el orden mundial y su significación para la educación médica.

A finales de la década de los años "60" en medio de las tesis vigentes para el Marco Conceptual de la Educación Médica Latinoamericana, surgieron nuevos planteamientos de parte de colectivos de educadores médicos, que partiendo de la inserción en el escenario hegemónico del momento, cuestionaron la validez de la tesis propuesta, ampliando la discusión hacia otros sectores, tales como la distribución geográfica de los médicos, el cuestionamiento del modelo flexionario, la validez de la formación del médico general, los estudios nacionales sobre Educación Médica y lo que consideramos el mayor esfuerzo de nuestras facultades/escuelas de medicina, la participación en forma masiva en la investigación sobre la Educación Médica de América Latina, que coordinara Juan César García, investigación que a nuestro criterio constituyó la respuesta latinoamericana a la dominación de las tesis de educación médica supranacional patrocinada por la FEPAFEM. Alrededor de García los educadores médicos latinoamericanos plantearon como resultado de la investigación efectuada entre 1965 a 1969 una nueva configuración sobre el Marco Conceptual para la Educación Médica Latinoamericana, expresado en el libro "La Educación Médica en la América Latina (16)" García, en esa oportunidad planteaba que "las relaciones de la medicina con la estructura social son innegables y sin embargo han sido oscurecidas por el tipo de análisis prevalente en este campo. La práctica médica, la formación de personal de salud y la producción, selección y distribución de conocimientos, están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica".

Notas de Referencias

1. Lenin, V.I, Obras Escogidas Tomo 1. Pág. 62. Edición. Moscú, 1966.
2. García, J. C. La Articulación de la Medicina de la Educación Médica. (Documento Mimeografiado).
3. Andrade, J., Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Serie de Desarrollo Recursos Humanos No. 28 Organización Panamericana de la Salud, 1969.
4. Bachelard, G., La Formación del Espíritu Científico. Contribución de un Sicoanálisis del Conocimiento Objetivo. Tercera Edición, Buenos Aires, Argentina, Edición Siglo XXV. 1964.
5. Vélez, E. I., Sistema de Admisión. Ponencia en el Primer Seminario de Educación Médica en Colombia, Cali, 1955.
6. Alianza para el Progreso.— Organización de los Estados Americanos. Documentos Oficiales de la OEA Ser. H/XII. I. Washington D.C. 1967.
7. Patiño, J.F, La Educación Médica, La Alianza para el Progreso y el Desarrollo Económico Social. Medicina y Desarrollo Social. Ed. Tercer Mundo, 1964.
8. Lee, P.— Medical Education and International Development. Recife, Brasil, 1963.

9. Freeman, F. La Educación Médica, La Alianza para el Progreso y el Desarrollo Económico Social. Medicina y Desarrollo Social. Ed. Tercer Mundo 1964.
10. Reporte de la Conferencia de Mesa Redonda Celebrada en la Torre del Hotel Breeckman, New York. Septiembre 30 — Octubre 4 de 1963, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud y de la Fundación Milbank Memorial.
11. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia. Ed. Tercer Mundo 1ra. Edición 1968.
12. Hall, T. Health Manpower in Peru. The J. Hopkins Press. Baltimore. 1969.
13. Los Recursos Humanos en Chile, un Modelo de Análisis. Ministerio de Salud, República, Chile, Santiago. 1973.
14. Estudio sobre Salud, Recursos Humanos y la Educación Médica y Profesión Médica en la República Argentina, Serie 7. No. 1 Buenos Aires, 1970.
15. Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación en Salud. Organización Panamericana de la Salud/Centro de Estudios de Desarrollo. Publicación científica OPS/OMS No. 111, 1965.
16. García, J.C., La Educación Médica en América Latina. Publicación Científica No. 255. Organización Panamericana de la Salud. 1972.

LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA: ENFOQUE HISTORICO

Dr. Marcelo Nava G.

La necesaria reconstrucción de los momentos históricos por los que ha atravesado la educación médica, nos lleva a elaborar modelos que de alguna manera recogen en lo general, las características de la educación formal que representan. En esta ponencia, trataremos de desarrollar los mismos para que cada país latinoamericano, su educación médica y en particular cada escuela o Facultad de Medicina se ubique históricamente en algún o algunos de los modelos.

EDUCACION MEDICA TRADICIONAL

Este modelo tiene sus inicios en el siglo XVII, es característico de los siglos XIX y persiste en el siglo XX. Iniciado el modelo tempranamente según la Universidad de Salamanca y activado por los movimientos de independencia que propician la creación de nuevas Universidades, tiene su auge en la educación médica de las últimas décadas del siglo XIX y comienzos del XX.

Su meta es producir profesionales que se incorporan a la sociedad y contribuye a reforzar y prolongar los valores dominantes.

El patrón de la educación médica es formar médicos para el arte de la medicina que se ejerce fundamentalmente a través de la Medicina privada y la medicina hospitalaria.

La norma es la autoridad y el orden. La autoridad es el maestro que es el dueño del conocimiento y también del método, el método garantiza el dominio de todas las situaciones, se refuerza la disciplina ya que se trabaja con modelos intelectuales y morales previamente establecidos. El vigor con que hoy subsiste es correlativo al modelo de sociedad que le dió origen.

Los distintivos más sobresalientes de este modelo son: verticalismo, autoritaris-

mo, verbalismo e intelectualismo.

La postergación del desarrollo afectivo, la domesticación y el freno al desarrollo social son sinónimos de disciplina. Este modelo tradicional se concibe al margen de las desigualdades sociales que perpetua al ignorarla. Hay un rígido sistema de autoridad, quién tiene la mayor jerarquía es quien toma las decisiones. El verbalismo se manifiesta en la exposición por parte del profesor que sustituye otro tipo de experiencias educativas, convirtiendo así la ciencia en algo muy estático y al profesor un mediador entre el alumno y el objeto del conocimiento. Las experiencias del proceso de enseñanza-aprendizaje radican en el profesor, de ahí que muchos educadores médicos han denominado a este proceso el síndrome "de dependencia del profesor", los alumnos no emplean ninguna de las experiencias si no es indicada previamente por el profesor, esto implica un retardo en su evolución especialmente en el área afectiva que favorece su incorporación acrítica en el sistema de las relaciones sociales.

El intelectualismo implica privilegiar la disociación entre el intelecto y afecto. El afirmar solo en el desarrollo de la inteligencia implica negar el afecto y su valor en la conducta humana.

Hasta el año 1971 la Educación Médica Latinoamericana entre sus características han sido la gran cantidad de asignaturas inconexas, enseñanza no integrada, las cátedras y los departamentos como las unidades de enseñanza, los pobres recursos bibliográficos y la carencia de la investigación son sus rasgos llamativos.

EDUCACION MEDICA NUEVA

Surge este modelo en el siglo XX. Muchos educadores califican de una verdadera revolución en el campo educativo, desplaza la atención que en el modelo tradicional se concentraba en el maestro, hacia el alumno. Este modelo descubre posiciones relevantes para la acción educativa, propicia un rol diferente para profesores y alumnos. La misión del profesor es el apoyo en crear las condiciones de trabajo que permitan al alumno desarrollar sus aptitudes, para ello es necesaria transformaciones en la organización, en los métodos y en las técnicas pedagógicas.

Las principales características de este modelo son: la atención al desarrollo de la personalidad, la liberación del individuo, la exaltación de la naturaleza, el desarrollo de la actividad creadora y el fortalecimiento de los canales de comunicación.

En la práctica de este modelo en algunas instituciones médicas de enseñanza, la aplicación de estos principios no ha sido fácil y no ha tenido la fuerza para erradicar el modelo tradicional.

Los críticos a este modelo indican que no se han tomado en cuenta los intereses institucionales, que son idealistas como teóricos y oportunistas como prácticos y

que manipulan a los alumnos al ofrecerles una apariencia de realidad.

EDUCACION MEDICA TECNOCRATICA

El modelo tecnocrático ha ejercido una influencia muy importante en la educación médica latinoamericana. La Tecnología Educativa se deja sentir en la metodología educativa del proceso de enseñanza-aprendizaje con repercusiones muy importantes para la enseñanza superior.

Muchas instituciones educativas de educación médica han apoyado su difusión e implementación. Este modelo ingresa en la educación superior al producirse la modernización de la educación a partir de los años cincuenta y sesenta, cuando la educación está relacionada con el acontecer del sistema social y muchos educadores relacionan la tecnología educativa, con la presencia creciente del pensamiento tecnocrático en los modelos de desarrollo de los países.

La educación debe ser considerada como una acción histórica y socialmente determinada. Los planes de estudio son cambiados y aún trasplantados de un país a otro, ya que están lógicamente estructurados. Las consideraciones sociales e históricas son hechas a un lado y se da paso a una forma "científica" de trabajo educativo. Hay supremacía de la lógica y la ciencia apoyada en la psicología conductista que pone su énfasis en la importancia de la objetividad que se alcanza con el rigor de trabajar solo sobre la conducta observable, se recalca el carácter instrumental de la didáctica y el papel del docente como controlador de estímulos, respuestas y reforzamientos. Surge la Tecnología Educativa entendida no solo por el uso de las máquinas de enseñanza o la elaboración de objetivos de aprendizaje, sino como una corriente nueva de la educación médica que se fundamenta en el pensamiento pragmático de la psicología conductista, aparecen los planificadores educacionales, los profesores consideran que a través de la sistematización de su enseñanza van a elevar el nivel académico de los alumnos y ellos mismos quienes mediante una serie de técnicas—recetas sobre como estudiar, van a superar sus carencias.

Los críticos del modelo señalan que la Tecnología Educativa no logra superar al llamado modelo tradicional como pretenden algunos, sino solo es una modernización de este modelo tradicional con la perspectiva de la eficiencia y del progreso.

La tecnología educativa representa una visión reduccionista de la educación, que bajo la bandera de eficiencia, neutralidad y cientificismo, la práctica educativa se reduce "solo al plano de la intervención técnica. Se tipifican las conductas profesor-alumno en función de modelos preestablecidos, se privilegia el detallismo metodológico sobre la reflexión epistemológica profunda.

“APROXIMACION AL ENFOQUE HISTORICO DE LA EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA”

**Dr. Julio Ravelo Astacio.
Dr. Diómedes Robles Cid.
Dr. César Mella Mejías.**

I. Introducción

La distinción de que hemos sido objeto por los distinguidos colegas del comité organizador al invitarnos a exponer nuestros puntos de vista sobre un tema, que como el de la educación médica en América Latina; un enfoque histórico nos impone un reto que difícilmente podríamos nosotros responder con la profundidad de datos y análisis que ustedes y el tema nos merecen. No obstante, hecha la solicitud aceptamos este encargo a sabiendas de que mucho se ha escrito sobre este particular pero hacía falta lo que a nuestro juicio intentan los organizadores del evento, conocer el pasado con elevado juicio crítico en una suerte de rigurosa mirada retrospectiva para así comprender el presente y proyectar una acción reconfortante para el futuro; en búsqueda de una alternativa transformadora en la educación y práctica médica latinoamericana.

A pesar de que mucho se ha discutido acerca de si los países latinoamericanos conforman realmente una unidad de análisis, tenemos que admitir la existencia de características propias y de diferenciación de cada uno de ellos; es válido sin embargo, considerarlos de conjunto, habida cuenta de la identidad de origen, lengua, costumbres y naturaleza de los problemas que confrontan.

En el campo de la educación médica, tales semejanzas tienen su expresión en aspectos tales como la afinidad orgánica y de objetivos de las universidades y el significado que se les reconoce a éstas en el marco social de nuestros países. Inmersas en

un mismo sistema, están sujetas a los mismos condicionamientos generales, y las particularidades que la distinguen guardan relación con la índole de los regímenes, y con la forma como conciben los gobernantes acerca del papel que estas instituciones están llamadas a cumplir.

Nuestro trabajo descansa fundamentalmente, sin que ello signifique desmedro alguno de los trabajos consultados de otros distinguidos colegas; en el libro del maestro Juan César García, la Educación Médica en América Latina, obligada obra de referencia y el trabajo del colega Jorge Andrade, Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina.

Hemos dividido nuestro trabajo en varias partes para intentar una mayor aproximación al problema, como son: la evolución histórica de la educación médica y sus distintos componentes como son el plan de estudios, la administración de la educación, y por considerarlo de actualidad analizamos la tendencia a la comercialización de la educación médica.

Elementos Teóricos y Conceptuales de la Educación Médica

La educación médica, definida por el maestro latinoamericano Juan César García (1) como "el proceso de producción de médicos" que está determinado por la formación económico-social, la práctica médica, las relaciones internas del proceso de producción de médicos, la ideología prevalente a nivel profesional y la estructura de poder internacional. (2).

Todas estas determinaciones funcionan a través de una relación dialéctica en la que cada caso y coyuntura concreta es posible, mediante el análisis concreto, comprobar el predominio en cada una de ellas. Por ejemplo, cada formación económico-social latinoamericana se caracteriza por una determinada estructura económica y una superestructura ideológica, jurídico-política que la legitima y sirve a su mantenimiento y reproducción.

En otras palabras, las características de la práctica médica definen en mayor medida las características de la Educación Médica y ambas dependen de la estructura socio-económica.

Los contenidos conceptuales (3) fundamentales de la Educación Médica en América Latina son: los egresados tienden hacia la especialización en lugar de médicos generales: Atención a los problemas de salud individual que a los de la colectividad, y a las acciones curativas más que las de prevención; desconocimiento en su práctica, de los factores psicológicos y sociales que actúan en la génesis de la enfermedad jerarquizando los puramente biológicos.

II. Síntesis de la Evolución Histórica de la Educación Médica.

Un análisis estructural de la evolución histórica de la Educación Médica en América Latina como el que presenta García (4), demuestra que esta enseñanza no es un proceso aislado en la sociedad, sino que se encuentra determinado por ella, en última instancia por la estructura económica, aunque existen otras importantes relaciones, como la señaladas en el marco teórico, como son: el trabajo médico y con la determinación que existe entre el modo de producir médicos y el orden institucional de la Educación Médica. Precisamente, estas relaciones han variado dialécticamente. Así, antes de la sociedad medieval, el modo de producir médicos consistía en una articulación entre el aprendizaje y el trabajo, de manera tal que para hacerse médico, el estudiante sólo podía hacerlo como "discípulo-ayudante" o "aprendiz" de un médico.

Con la aspiración de la Universidad de la sociedad medieval, se modifica el modo de producir médicos. En el siglo XVIII ocurre un cambio en la enseñanza de Cirugía que perdura hasta la época, y consiste en la separación de la Educación Médica del trabajo médico: "Esta separación se originó con la división del trabajo en manual o intelectual, lo cual transforma al discípulo-ayudante en una categoría social cuya tarea fundamental es el aprendizaje sin intervención ninguna en la solución de los problemas de salud de la población. La práctica que realiza el estudiante en esta situación es vista como una experiencia pedagógica, y no como una contribución a la transformación de la realidad en el sector Salud".

Por ello, el modo de producir médicos es el resultado del desarrollo histórico de las diferentes disciplinas médicas y de algunas ideas generales sobre el proceso de aprendizaje. Esta afirmación la sostiene García después de analizar varios planes de estudios, como por ejemplo el de la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Este modo de producir médicos tiene una forma particular de organización institucional que es la Escuela o Departamento.

2.1. La Administración de la Educación Médica.

Desde sus comienzos, la Educación Médica en América Latina se caracterizó por su dependencia o afiliación a una universidad, así como por su carácter público; hasta la fecha, con sus excepciones, ha mantenido estas dos características.

Primera Parte. Educación Médica en Salud. Vol. 12, No. I, 1978, pág. 13.

- (3) Andrade entiende por contenidos conceptuales fundamentales, el conjunto de nociones que se evidencian a través de la práctica del individuo en un campo de-

terminado de su actividad. Ibid, pág. 6.

La gran mayoría de las escuelas de Medicina son parte de una universidad u otra institución de educación superior, lo cual constituye un rasgo importante de la Educación Médica Latinoamericana. Casi todas las escuelas aisladas -es decir, aquellas que no pertenecen a una universidad o a otra institución superior- se hallan en Brasil. (6).

Estas escuelas de medicina latinoamericanas dependen de una universidad gubernamental, las crea el Estado para llenar una necesidad pública, con un patrocinio de bienes fiscales o del tesoro público aplicados a sus fines, y con un grado relativo de autonomía administrativa.

Las escuelas de medicina privadas son instituciones que han sido creadas por personas o entidades privadas con la autorización o aprobación del Estado, y bajo su vigilancia. Están financiadas principalmente, y en gran medida, por el sector privado sin perjuicio de subvenciones gubernamentales que en algunos casos representan un aporte considerable.

Las escuelas de medicinas privadas son religiosas o laicas según sea la iniciativa que actúa en el campo privado (todas las religiosas son católicas, con dos o tres excepciones). Dependen de la respectiva jerarquía eclesiástica, y sus planes de estudios incorporan asignaturas que revelan su carácter religioso.

Las Escuelas de Medicina

Las primeras facultades de medicina del Nuevo Mundo se establecieron en Santo Domingo y Ciudad México en el siglo XVI, y pertenecieron a universidades o estudios generales que seguían el patrón de la Universidad de Salamanca, es decir, instituciones de enseñanza superior en las artes, Teología, el Derecho y la Medicina (7).

La falta de médicos, y el bajo prestigio de la profesión médica durante las épocas de la Colonia y de la Conquista, hicieron casi imposible el funcionamiento regular de las facultades de medicina. Así, por ejemplo, la Facultad de Medicina de Santo Domingo, clausurada poco después de su creación, no reanudó sus funciones sino hasta en el siglo XVIII.

En la América Hispana se distinguen varias fases en el crecimiento y desarrollo de la enseñanza médica:

- a) Un aumento lento del número de escuelas en los siglos XVI, XVII y XVIII. En este período sólo se crean cinco facultades de medicina, cuyo funcionamiento se ve frecuentemente interrumpido.
- b) Un rápido aumento del número de escuelas a comenzar del siglo XIX, bajo los auspicios de los gobiernos surgidos de los movimientos independentistas. Es

durante este siglo cuando el prestigio de la medicina comienza a elevarse de la posición desmedrada en que se hallara durante la época colonial.

- c) Un aumento lento y progresivo de 1840 a 1940. Durante este período adquieren mayor importancia los cambios cualitativos que los cuantitativos.
- d) Un incremento rápido y progresivo en el número de escuelas de medicina, y un aumento considerable en la matrícula de sus alumnos a partir del término de la Segunda Guerra Mundial.

Esto en sentido general, ya que cada país tiene sus particularidades, por ejemplo: en el Brasil, la trayectoria de la educación médica ha sido muy distinta. La primera Escuela de Medicina se crea en la Ciudad de Bahía, en 1808, a raíz de la llegada de la familia Real Portuguesa al país, como consecuencia de las guerras napoleónicas. Desde entonces hasta 1910 se fundan tres escuelas. En la década de 1910 se crean seis nuevas facultades, y es fundada la primera Universidad en Brasil, en Río de Janeiro, 1920.

Las instituciones que se dedican a la formación de médicos en América Latina se les conoce con el nombre de Facultades, Escuelas o Departamentos de Medicina. El término "facultad" se empleó en otra época, exclusivamente para identificar una cierta agrupación de escuelas universitarias. En algunos casos la Facultad es en realidad una entidad diferente y de un nivel más alto que la escuela de medicina.

La escuela de medicina es una superestructura característica de las sociedades donde la enseñanza y el trabajo aparecen como dos términos antagónicos. Así, según Manacorda (8), la escuela se sitúa frente al trabajo como el no-trabajo; y el trabajo se sitúa frente a la escuela como no-escuela.

La escuela tiene su origen en el interior de las clases altas; estaba destinada a la formación de sus dirigentes, y sus enseñanzas eran de carácter teórico. Las clases bajas nunca crearon una institución como la escuela, y por el contrario, como en el caso de las corporaciones artesanales, sus instituciones integraban la enseñanza y el trabajo y no separaban a los jóvenes adultos. (9).

Al inicio de este siglo, especialmente a partir de 1910, con el Reporte Flexner se produce en la práctica y la Educación Médica el llamado modelo científico-hospitalario, el cual se refleja directamente con la Educación Médica Norteamericana, y posteriormente latinoamericana.

Este fue un estudio financiado por la Fundación Carnegie, que sentó las bases del plan de desarrollo de la medicina científicista que se correspondiera con las exigencias del nuevo capitalismo monopolista financiero de los E.U.A., que garantizará con su desarrollo tecnológico, la óptima reproducción de la fuerza de trabajo, que se traduciría en un aumento de su productividad, y por tanto en plusvalía.

El proceso económico necesitaba del desarrollo del conocimiento científico, en este caso de las Ciencias Biológicas: Surge la "fisiología del trabajo", que estudia

los fenómenos de utilización y desgaste energéticos para tratar de reducir la fatiga y efectuar investigaciones de racionalización biológica. En cambio para garantizar la producción agrícola era indispensable la investigación de patología microbiana parasitaria que mermaban la producción.

Esto requería la formación de recursos para la investigación, el tratamiento y el desarrollo de una infraestructura que especializara el trabajo: surgen los hospitales de alta tecnología y de complejos institutos de investigación; surgen también los E.U.A. como centro hegemónico del cientificismo médico. El efecto ideológico del cientificismo es descrito por Navarro (10) como: "una ideología que al ver el peso de la enfermedad como algo que afectaba al individuo y enfatizaba la respuesta terapéutica individual, absorbiendo a los factores económicos y políticos de toda responsabilidad frente a las enfermedades".

Kelman, (11) describe este salto de la medicina y la educación médica norteamericana "como el peso corporal de honorarios y cuya tecnología está representada en el pequeño maletín, a una etapa en la que fue necesario poner énfasis en la Ciencia, y desarrollar toda práctica individual privada (liberal-típica) que rebasó las formas de control tradicional de la medicina".

Este fenómeno, precisamente, es el mismo origen histórico-conceptual de la Educación Médica en América Latina.

El Informe Flexner y los Departamentos de Medicina.

Los departamentos surgen como recomendaciones del Informe Flexner a la estructura administrativa de la educación.

- (1) García, Juan C. La Educación Médica en la América Latina. 2da. ed. OPS/OMS. Publicación Científica No. 225. 1977, pág. 3.
- (2) Andrade, Jorge. Marco Conceptual de la Educación Médica en América Latina.
- (6) Ibid.
- (7) Ibid.
- (8) Manacorda, M.A. La Pedagogía Moderna. Oikos-Taus, S.A. Ed. Barcelona, 1969. Citado por Juan César G. pág. 278.
- (9) Ibid, pág. 278.
- (10) Navarro, Vicente. Social Class, Political Power and the Estate and they Implications in Health Medicine. Baltimore, John Hopkins University, 1976, pág. 40.
- (11) Kelman. Hacia una Economía de la Atención Médica. Mimeo. Maestría Medicina Social — UAM Xochimilco. México, 1977.

Por departamento se conoce a unidades formadas en áreas de distribución del trabajo (12), en donde se pretendía articular la docencia, la investigación y el servicio. Esta designación se le aplicó por primera vez a la escuela de medicina cuando se creó el Departamento de Medicina en el "College of Philadelphia". Más tarde, con la reforma de Harvard se aplicó a subunidades estructurales de la escuela médica. (13).

En la mayoría de las universidades se ha creado una combinación de los departamentos y las cátedras, de manera tal que un departamento está formado por varias cátedras afines con ciertas autonomías relativas; a su vez, las cátedras están formadas por varias materias o asignaturas. Mientras que en otras universidades latinoamericanas donde existen escuelas de medicina, hay un promedio de 30 cátedras, las cuales tienen materias dirigidas a estudiantes del departamento de medicina. Esto aumenta en la práctica, hasta casi igualar el número de cátedras, es decir, que lo que se hizo fue una desintegración de materias de la antigua escuela de medicina para ubicarla en otros departamentos afines por disciplina; en otras palabras, una fragmentación del conocimiento científico médico.

Incluso, en algunas universidades como la Autónoma de Santo Domingo, los departamentos de medicina están formados por un conjunto de cátedras afines; asimismo, la Facultad está formada por varios departamentos: Medicina, Odontología, Enfermería, Bioanálisis, Farmacia, Salud Pública, Ciencias Morfológicas y Ciencias Fisiológicas.

Por este hecho, Ferreira considera lo siguiente: "Esto impidió hasta cierto tiempo que la nueva solución organizativa fuera totalmente implantada, y así, el departamento en la forma establecida en los nuevos estatutos y reglamentos, quedaba caracterizado como una división artificial, ya que el sistema de cátedras, por conceder gran individualidad a sus "jefes", no permitía la integración de los mismos en la "supercátedra" (es decir, el Departamento) bajo el mando de uno de los anteriores catedráticos que en ese momento pasaba a una posición de jerarquía superior. (14).

2.2. Caracterización Histórica del Currículo Médico.

Según numerosos autores, el currículum puede ser definido como "el conjunto de experiencias educativas que la escuela pone a disposición de los alumnos, de acuerdo a un plan previamente establecido". A través del mismo se transmiten conceptos fundamentales, que no necesariamente aparecen expresados en los contenidos explícitos de los programas, ni en la manera habitual de formular el currículum. En ocasiones, incluso, tales conceptos implícitos, muchas veces entran en contradicción con fundamentos y objetivos esenciales de la enseñanza, sino también con la filosofía y objetivos de la universidad crítica latinoamericana.

Este es el caso de la mayoría de los currículum tradicionales de medicina, estructurado alrededor de la enfermedad y del individuo, y por tanto de la medicina cura-

tiva.

El marco conceptual de la educación médica tradicional transmitido por el proceso educacional podríamos caracterizarlo de la manera siguiente (15): Los conocimientos y actividades están ordenados de lo general a lo particular; de lo abstracto a lo concreto; de la forma (Anatomía, Histología, Embriología), a la función normal (Fisiología y Bioquímica); de lo normal a lo patológico; de la teoría (Ciencias Básicas) a la práctica (Clínicas); de lo curativo a lo preventivo.

Todo esto presupone una determinada concepción filosófica del mundo, que define a su vez una determinada teoría del conocimiento y metodología de la enseñanza, que tiene su aplicación en el paradigma del funcionalismo médico.

La clínica ejerce el papel protagonista en el currículum y se presenta como si fuera su último fin y como respuesta a los problemas de enfermedad en el individuo.

La concepción del hombre como una unidad biopsicosocial, tantas veces señalada como la que deben transmitir las escuelas de medicina a sus alumnos, no aparece en el currículum.

Los programas de Epidemiología y el de Medicina Preventiva y Social están enfocados desde el ángulo de la infectología, con orientación fundamentalmente clínica.

En síntesis, las concepciones que de la salud y la enfermedad transmite la educación médica a través del currículum es que la salud es el estado de "normalidad" morfológica y funcional y en consecuencia, la enfermedad se entiende como el alejamiento de los patrones morfofuncionales por causas identificadas o que aún permanecen por identificar, pero siempre dentro del plano de lo biológico y nunca buscando causalidad en el plano social y psíquico.

Por último, la práctica médica aparece a la percepción del futuro médico como una actividad para preservar y restituir la salud.

La información técnico-ideológica del egresado lo hace interpretar la salud como bien de consumo en un mercado donde el médico es oferta y el enfermo vehículo de demanda. La existencia de la enfermedad representa lucro, de allí que se oriente a lo preponderantemente curativo y enfoque al paciente como un ente biológico, en detrimento de un abordaje integral de la medicina y del hombre. El criterio de beneficio económico prima así sobre el de servicio social.

El recién egresado se incorpora a este sistema, donde se aliena y deshumaniza en forma progresiva, persiguiendo consolidar un status social y lograr un ascenso de clase. Esto sucede por la determinación que ejerce la sociedad sobre la educación médica.

Un análisis estructural del cambio curricular del desarrollo de la educación médica muestra la dependencia ideológica de la universidad latinoamericana, primero de Europa, concepción napoleónica; y luego de Estados Unidos, corriente flexneriana: lo que trae como resultado currículos que responden más a las necesidades de la sociedad de origen que a las de las dependientes.

En 1940 surgió en la Escuela de Medicina de Western Reserve (Cleveland, Ohio), el concepto de enseñanza integrada de las Ciencias Básicas, como una crítica concreta al Informe Flexner. Esta reforma se extendió a todas las escuelas norteamericanas entre 1950-1960. En 1952, en Colorado Spring, se celebró una conferencia de 76 Escuelas de Medicina en la que se responsabiliza al Informe Flexner de haber contribuido a crear una separación entre la Medicina Curativa y la Preventiva, y a la pérdida de la visión del paciente "como un individuo miembro de una familia y de una comunidad". (16).

A mediados de la década de 1940 ocurren cambios en las relaciones externas e internas de la sociedad en general y de la atención y educación médica en América Latina: al final de la Segunda Guerra Mundial, los Estados Unidos surgen como primera potencia imperialista mundial, disminuyendo la influencia europea en América Latina, estableciéndose una nueva estructura de poder en el mundo, aumentando la dependencia económica, política, militar, ideológica y cultural (entre ella la educación médica de los países latinoamericanos). En la mayoría de nuestros países se implantan las recomendaciones del Informe Flexner y de la Western Reserve.

-
- (12) Ferreira, José R. El Departamento en los Centros de Ciencias de la Salud. Educación Méd. y Salud. Vol. 5, No. 2 OPS/OMS, 1971.
- (13) Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada. New York, the Carnegie Foundation of the Advancement of Teaching, 1910.
- (14) Ferreira, José R. Documento de Trabajo Utilizado en el "Taller de Educación en Ciencias de la Salud. Washington, D.C., 1971.
- (15) Robles, Diómedes. Hacia un Cambio del Currículo Médico en la UASD. Revista Facultad de Ciencias de la Salud. Edición Especial. Año I, No. 3, Santo Domingo. 1984, págs. 41-55.
- (16) Ferreira, R. Op. Cit. pág. 150.

Hacia 1950 se inicia un movimiento de reformas de la educación médica en estos países, con algunas características propias del proceso histórico, pero con una tendencia evidente de la influencia imperialista y como parte de este proyecto hegemónico.

En síntesis, los contenidos curriculares atienden entre otras cosas, las teorías del conocimiento acordes con los intereses de quienes ejercen el dominio de la estructura social y económica. Por otra parte, los currículos tienden a reforzar el modo hegemónico de práctica médica en la respectiva formación capitalista:

- Se orientó la enseñanza hacia la medicina curativa y hacia la especialización.
- Criterio de selección o de admisión del alumno, y determinación del cupo en función de los recursos (siempre escasos) de cada institución, para asegurar una respuesta "condición indispensable para la enseñanza", y de paso establecer un criterio elitista. De acuerdo con esta línea se estableció que la escasa cantidad de estudiantes era indispensable para una enseñanza científica. Este criterio entró en bancarrota debido al avance de la conciencia cultural y política de los pueblos latinoamericanos en los últimos 30 años, se reflejó en la educación médica debido a la legítima aspiración de la juventud a tener acceso a la educación superior.

El proceso político-económico y social latinoamericano produjo determinados cambios en la educación médica para hacerle frente a la necesidad de la sociedad de superación de la juventud y a la necesidad absoluta y/o relativa de médicos.

Por ello, en la reunión sobre Principios Básicos para la Educación Médica en la América Latina, se concluyó que no necesariamente existe relación directa entre el número de alumnos por curso y la calidad de la enseñanza que se imparte, y se postuló que las universidades deben, progresivamente, ofrecer mayor oportunidad a un número creciente de estudiantes que demandan estudios superiores. (17).

A este crecimiento de la población estudiantil se le ha respondido de manera diversa: en el plano político y económico, se han formado escuelas de Medicina privadas manteniendo el criterio de élite, evitando la contaminación política de las universidades estatales latinoamericanas, egresando médicos al vapor, incluso con un criterio mercantil no oculto, promoviendo la formación de médicos no cuestionadores del status quo, ni de la dependencia.

Otros educadores médicos se plantean la utilización de la Moderna Tecnología Educativa, la combinación del autoestudio con el uso del programa del tipo de la universidad abierta o estudios supervisados.

Los Niveles de Desintegración

Producto de Facultades que mantienen una organización con todos los efectos y

errores del modelo napoleónico que inspiró la educación universitaria en latinoamérica, este médico se revela, en la generalidad de los casos como teórico, enciclopédico, y con desviaciones cientificistas individualistas, competitivo, insuficientemente formado para afrontar los avances científicos y para la aplicación del método científico a sus experiencias cotidianas, quedará confinado fundamentalmente al área urbana por imperio de dos necesidades: completar su aprendizaje y mantenerse en un medio que ofrece mayores oportunidades económicas y de ascenso social, para satisfacer las necesidades reales e irreales que le plantea la sociedad capitalista.

Es necesario destacar la ausencia de horas destinadas al conocimiento de la comunidad en el lapso de los años de estudio. Esto demuestra la escasa importancia que se le concede al estudio de nuestras respectivas sociedades y su determinación en los fenómenos colectivos de salud-enfermedad y a la función de proyección social del médico.

A partir de la década del 60, se comienza a cuestionar la medicina "científico-hospitalaria" por su alto costo de operacionabilidad, escasa cobertura, ineficacia en términos de mejorar la salud de la población, en una coyuntura histórica donde los Estados Latinoamericanos no pueden mantener los gastos de salud debido a la crisis del sistema capitalista mundial: era y es absolutamente necesario la deshospitalización de la medicina hacia otra con mayor cobertura, menor costo, y naturalmente menor calidad: esta es la atención primaria en salud la que es incorporada como contenidos, materias, cursos, conferencias, acciones de servicios o prácticas comunitarias en los planes de estudios de medicina.

En septiembre de 1968, la Fundación Rockefeller, auspició una reunión en Belagio, Italia, donde se elaboró la conceptualización y método de los programas para la comunidad. (18).

En 1970, se produce el Reporte Carnegie (19), de gran importancia para el auge de la medicina comunitaria, donde se evidencian las debilidades del Informe Flexner, planteando medidas financieras, administrativas y educacionales por parte del Estado y de las universidades tendiente a deshospitalizar a la Medicina.

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud de Las Américas, 1972, se elabora (bajo la influencia de las recomendaciones de la reunión de Belagio, Italia, y el Reporte Carnegie), una estrategia continental de extensión de cobertura y atención primaria dirigida a los sectores marginados del campo y de la ciudad, representados en programas de medicina comunitaria, con nuevos conceptos y métodos operativos integrados de: salud, educación médica, económico, político, ideológico, administrativos, y de recursos técnicos y humanos sintetizados en el "Plan de Salud para las Américas". (20) (21).

Para completar esta caracterización histórica sobre el currículum, conviene señalar que uno de los problemas centrales del mismo, en la mayoría de nuestros países,

es la falta de integración entre sus diversos componentes, y así encontramos:

1. Desintegración entre el Departamento de Medicina y los demás departamentos que imparten docencia a los estudiantes de Medicina.
2. Desintegración intradepartamental.
3. Desintegración entre la teoría y la práctica.
4. Desintegración entre las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud.
5. Desintegración entre el órgano y la función.
6. Desintegración entre las Ciencias Básicas y las Clínicas.
7. Desintegración entre lo psíquico, lo biológico y la educación.
8. Desintegración entre el estudio y el trabajo.
9. Desintegración entre lo formativo y lo informativo.
10. Desintegración entre las áreas académicas y las administrativas.
11. Desintegración entre los cinco años de teoría y el internado rotatorio.
12. Desintegración entre la docencia y el servicio.
13. Desintegración entre la docencia y la investigación.
14. Desintegración entre la docencia, el servicio y la investigación.
15. Desintegración entre las Facultades, Escuelas y/o Departamentos de Medicina y las Instituciones de Salud Estatal.
16. Desintegración entre la necesidad de salud y la formación de personal médico.
17. Desintegración entre los diferentes sectores del sector salud: intra y extra universitario.
18. Desintegración entre lo preventivo y lo curativo: lo extra y lo intra-hospitalario.

(17) Primera Reunión sobre "Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe". Educación Médica y Salud. 10 (2) 1976, págs. 109-138.

(18) W. Lathem and A. Newsberry. Community Medicine. Teaching Research and Health Care. New York. Appleton Century. CRDFTS, 1970.

(19) Carnegie Commission Report in Health Manpower. Education. 1980.

(20) Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. SESPAS. OPS/OMS. Análisis e Incorporación de las Metas del Plan Decenal de Salud para las Américas en Política Nacional de Salud de República Dominicana. 1973. Págs. 1-98.

(21) Robles, Diómedes. Atención Primaria y Extensión de Cobertura en República Dominicana. Mimeo. UAM-Xochimilco. México, 1977.

No obstante, a esta caracterización general, se han producido en algunos países, intentos de innovaciones al currículum, que abarcan desde un cuestionamiento a los elementos teóricos y conceptuales de la educación médica tradicional, como a los contenidos, la metodología de la enseñanza, y la relación que debe existir entre la realidad sanitaria de un país determinado y el plan de estudios.

Nos referimos particularmente a la enseñanza modular. Asimismo es importante señalar que a pesar de grandes esfuerzos de educadores e instituciones latinoamericanas hacia la transformación del currículum, no se han logrado cambios sustanciales en la mayoría de nuestras universidades.

Sin embargo, este aspecto será tratado en otro panel-foro de esta XIV Conferencia.

2.3. La Comercialización de la Educación Médica.

Por otra parte, hemos considerado importante destacar en esta aproximación al enfoque histórico lo que denominamos como la comercialización de la educación médica.

A partir de la década del 70, se ha venido incrementando de manera alarmante, en algunos países latinoamericanos pero con especial énfasis, en República Dominicana y México, la proliferación de facultades y escuelas de medicina.

Estas "facultades" y "escuelas" no responden a ninguno de los criterios que históricamente se han tenido en cuenta para la fundación de las mismas.

Los criterios que han primado desde sus inicios han sido aquellos que por un lado buscan responder a una demanda exterior de estudiantes, que en sus respectivos países no podrían obtener ese status, y de otros que ven en nuestros países lugares donde con su opulencia pueden incluso adquirir títulos que les permitan ejercer una Carrera tan delicada y noble como lo es de la Medicina. Para citar un ejemplo, en República Dominicana, el Gobierno Central se vió obligado a cerrar dos de estas "Universidades" (que en realidad eran únicamente "Escuelas de Medicina"), por las presiones que en el plano interno recibía diariamente, y por el escándalo internacional puesto al descubierto con una estudiante extranjera que ya iba a recibir su título sin conocer el país, ni la Universidad que se lo otorgaría.

Esos "títulos" vendidos y comprados fueron muchos, y como exagerados fueron sus hechos, ya no fue posible ocultar la verdad de esta deleznable práctica.

Con el cierre de estas "Escuelas" se intenta poner coto a la situación en Dominicana, pero en realidad persisten aspectos preocupantes sobre el particular.

Estas verdaderas zonas francas de la educación, donde incluso, en algunas de ellas

se imparte la docencia en un idioma foráneo (inglés), preparan productos para la exportación en consecuencia, no interesa el conocimiento del idioma nativo, su historia, geografía, cultura, y sobre todo los serios problemas socio-económicos que nos aquejan y que toda universidad que se precie de tal debe llevar a aquellos forjados en sus aulas, ya fueren estos nacionales o extranjeros.

En un país con unos 6 millones de habitantes, tenemos 13 Facultades de Medicina. Pero justo es reconocer que existen universidades privadas con un alto sentido científico y con apego a los requisitos mínimos internacionalmente establecidos para la enseñanza de la Medicina.

La génesis - desarrollo de la privatización de la educación médica en América Latina tiene que ver con factores político-ideológicos, en el sentido de que las universidades estatales latinoamericanas han defendido la política de la democratización de la enseñanza, del desarrollo nacional independiente, del respeto a los derechos humanos y a la paz. A estas posiciones, una buena parte de los gobiernos han respondido con medidas de estrangulamiento económico, aislamiento, represión militar e incluso el cierre durante meses de muchas de ellas.

En la actualidad, presenciales situaciones alarmantes de desaparición y muertes a profesores, estudiantes y empleados en universidades como la de Antioquía (Medellín), San Salvador, Haití y Chile.

UDUAL, ALAFEM, FEPAFEM, y cada una de sus Universidades y Facultades miembros están en la obligación de insistir en la investigación y denuncia de esta situación u otras similares, cumpliendo con el espíritu de solidaridad de la universidad crítica y comprometida con el bienestar físico, mental, la cultura, la ciencia y la paz de América Latina.

III. Conclusiones.

Los objetivos de la educación médica de los países subdesarrollados difieren de los correspondientes a los países desarrollados.

Existe un aumento en la atención que se presta a la formulación de objetivos educacionales.

La ausencia de objetivos educacionales formalmente explícitos, no quiere decir que estos no existan.

Aunque los educadores médicos sientan la necesidad de cambiar la forma tradicional de enseñanza médica a fin de satisfacer las necesidades de la sociedad en la cual los estudiantes servirán en el futuro, no se ha encontrado aún una solución definitiva.

La educación médica no debe considerarse como un fin en sí misma. Ella es más bien un mecanismo o actividad para alcanzar un objetivo o meta primordial, como es la de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la colectividad.

La educación médica debe ser dinámica para poder adaptarse a los cambios continuos en el campo de los descubrimientos científicos, de la tecnología y de las constantes modificaciones médico-sociales.

Los planes de estudios tradicionales se elaboran a partir de conocimientos, una vez que estos han sido socialmente aceptados y formalizados en disciplina académica.

Se ha producido una parcelación del conocimiento a través de distintas estructuras académicas, como son: Departamentos, Cátedras y Materias.

El surgimiento de voluntades políticas determinadas por cambios estructurales o coyunturas políticas en determinados países latinoamericanos han determinado diversos cambios en estas estructuras y/o en todo el proceso a la educación médica.

En la caracterización histórica de los planes de estudio se observa la falta de marco conceptual explícito, es decir, su fundamentación teórica o el modelo de la realidad sobre las cuales se sustentan.

La educación médica no recibe pasivamente la influencia de los factores que la impactan. No se trata de una relación unilateral, sino dialéctica, donde la educación médica puede, al elevar indirectamente los niveles de salud de un país, contribuir al desarrollo económico-social de la sociedad.

La creencia de que el estudiante es incapaz de aportar juicios adecuados acerca del proceso de enseñanza refleja las relaciones en las que el alumno juega un papel pasivo.

La participación activa del estudiante en el proceso de aprendizaje a través de una metodología pedagógica en la que el estudiante asuma con responsabilidad su capacitación profesional y donde puede ir de lo cuantitativo-informativo a lo cualitativo-formativo. Es decir, desde la información hacia la formación, en un modelo solidario y de colaboración docente-estudiante.

La historia del cambio curricular en América Latina ha estado impulsada por los movimientos socio-políticos y sus repercusiones en la práctica y el saber médico.

Hay un permanente divorcio entre las instituciones formadoras y las instituciones usuarias.

Existen importantes niveles de desintegración del currículum (plan de estudios), lo que limita y deforma la visión biopsicosocial que debemos llevar a nuestros estu-

diantes.

Se hace necesario un mayor intercambio y flexibilidad entre las distintas estructuras que tienen que ver con la educación médica.

UDUAL, ALAFEM, FEPAFEM, y cada una de sus universidades y facultades miembros, están en la obligación de perseverar hasta obtener y profundizar el espíritu de solidaridad de la universidad crítica y comprometida con el desarrollo nacional independiente de nuestros pueblos, el bienestar físico, mental, la cultura, la ciencia y la paz de América Latina.

Referencias

1. Andrade, Jorge, "Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina". Primera Parte. Educación Médica y Salud. Vol. 12, No. 1. 1978.
2. Andrade, Jorge. Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Segunda parte. Educación Médica y Salud. Vol. 12, No. 2. 1978.
3. Andrade, Jorge. Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Tercera parte. Educación Médica y Salud. Vol. 12, No. 3. 1978.
4. Andrade, Jorge; Avellano Vladimiro; Muñoz, Sergio. La Planificación de la Educación Superior o Universitaria y los Conceptos de la Política, Estrategia y Planificación de la Educación Superior o Universitaria; y los Conceptos de la Política, Estrategia y Plan. Educación Médica y Salud. Vol. 10, No. 1, 1976.
5. Asociación Dominicana de Facultades, Escuelas y Departamentos de Medicina. Oficina Panamericana de la Salud. Oficina de Educación y Planificación de la Facultad de Ciencias de la Salud. 1er. Taller Sobre la Enseñanza de Morfofisiología en Dominicana. Documento Base. Santo Domingo, R.D. 1979.
6. Asociación Médica Dominicana. Memorias del 1er. Taller de Evaluación Médica Superior en la República Dominicana. Editorial CENAPEC. Santo Domingo, R.D. 1984.
7. Carnegie Commission Report in Health Manpower Education. 1980.
8. De León, Julio. Educación Médica. 1ra. edición, Talleres Offset. ACAFAN, Guatemala, 1976.
9. Duarte, Everardo. Ciencias Sociales y Salud en la América Latina: Tendencias y Perspectivas. OPS—CIESU. Montevideo, 1986.
10. Espinosa, D.; Bekker, L.F.; Castejón, M.; Calix, R.F. Hacia un nuevo Médico Hondureño a través de la Reforma Curricular. Facultad Ciencias Médicas - UNAH - Tegucigalpa, noviembre, 1978.
11. El Diseño Curricular. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Metropolitana, Unidad Xochimilco. México, 1976.
12. Ferreira, José Roberto. El Departamento en los Centros de Ciencias de la Salud. Educación Médica y Salud.
13. Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada. The Carnegie Foundation of the Advancement of Teaching New York, 1910.
14. García, Juan César. La Educación Médica en la América Latina. 2da. ed. Publi-

- cación Científica No. 255. OPS/OMS. 1978.
15. Ilizástegui, Fidel. Factores que Convulsan a la Educación Médica. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital Docente "Cálito García". La Habana, 1978.
 16. Joseph, Abraham. Adiestramiento de Médicos para la Atención Primaria de Salud. Vol. 6, No. 2, Gendra, 1985, págs. 136-139.
 17. Kelman. Hacia una Economía de la Atención Médica. Mimeo. Maestría Medicina Social. UAM-X-México, 1977.
 18. Navarro, Vicente. Social Class, Political Power and the Estate and they Implications in Health Medicine. John Hopkins University. Baltimore, 1976.
 19. Lathem, W. and Newsberry, A. Community Medicine. Teaching Reserch and Care. Appleton Century. New York, 1970.
 20. Márquez, Miguel. Programa de Integración, Docencia Servicio en Epidemiología. OPS. Honduras, 1977.
 21. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. Informe Final Primera Reunión Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina. Caracas.
 22. OPS/OMS. Primera Reunión Sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina y el Caribe. Educación Médica y Salud. 10 (2). 1976.
 23. Robles, Diómedes. La Planificación Económica y de la Salud en América Latina, y su Relación con la Atención Primaria en Salud. Colección Salud y Sociedad No. 7, Editora Universitaria U.A.S.D. Santo Domingo, 1985.
 24. Robles, Diómedes. Hacia un Cambio del Currículo Médico en la UASD. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Edición Especial. Año I, No. 3. 1984.
 25. Rodríguez Ma. Isabel. El Trabajo Científico Investigativo en la Formación de los Profesionales de la Salud. Trabajo presentado en la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Cuba, 1976.
 26. Rodríguez, Ma. Isabel. Mecanismos y Estrategias que permiten adecuar el proceso de Enseñanza al mejoramiento de las condiciones de Salud de la Población: Experiencia Latinoamericana. Universidad Católica Madre y Maestra. Santiago, R.D., 1981.
 27. Schiappacasse, F. Pomeroy, J. Evolución Histórica, Estado Actual y Perspectivas Futuras de la Educación Médica en Chile. Educación Médica Salud, Vol. 19, No. 4 OMS/OPS, 1985. Págs. 452-462.
 28. Samaja, Juan; Becker Luis. Reflexiones sobre cuál puede ser el eje integrador de un nuevo currículo en la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. 1977.
 29. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPA). OPS/OMS. Análisis e incorporación de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas. Política Nacional de Salud de República Dominicana. 1973.
 30. Tejada, Dagoberto. Medicina, Práctica Profesional, Saber y Formación de Recursos Médicos en Dominicana. Universidad Católica Madre y Maestra. Santiago, R.D. 1981.
 31. Unión Universidades de América Latina. La Práctica Médica y la Formación del Personal de Salud. X Conferencia Facultades y Escuelas de Medicina América

- Latina. UDUAL, Santo Domingo, noviembre, 1977.
32. Unión Universidades de América Latina. La Formación Integral de los Profesionales de la Salud IX Conferencia Facultades y Escuelas de Medicina América Latina. Habana, Cuba, 1976.
 33. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Universidad y Cambio Social en América Latina. Jornadas Educativas celebradas del 20-22 de octubre de 1975.
 34. Velásquez, Jorge. Perfil Ocupacional del Médico para América Latina. XIII Conferencia Facultades y Escuelas de Medicina América Latina. UDUAL. Managua, febrero, 1984.
 35. Villarreal, Ramón; Bojalil, Luis Felipe; Mercer, Hugo. Bases para el Diseño Curricular de Medicina. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. UAM-Xochimilco, México, 1974.
 36. Yépez, Rodrigo. Universidad y Sociedad. Taller sobre la enseñanza de la Medicina en la República Dominicana. Puerto Plata, R.D., 1981.

LA EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA ENFOQUE HISTORICO

Dr. Vicente Ruilova

1. Antecedentes:

Realizar un estudio histórico del comportamiento de la enseñanza en las Escuelas de Medicina de América Latina, no constituye una tarea fácil, ya que la simple descripción del fenómeno daría como consecuencia un extenso relato relativo al nacimiento de cada una de las Escuelas, a la descripción de muchas variables como son: número de Escuelas por país, época de su fundación, características de su organización, ordenamiento del currículum, estructuras administrativas y académicas, objetivos de la enseñanza, los órganos de gobierno universitario, etc. etc., que excederían el propósito de la Conferencia Latinoamericana en su tema central.

Muchos investigadores de la educación médica han realizado estudios sistemáticos sobre diversos aspectos de la educación médica en el Continente que abarcan temas de controversia profunda, desde la de la "vocación" y los grados de preparación en los estudios preuniversitarios para el ingreso del aspirante a la carrera médica, hasta la definición conceptual del médico que se debe formar, la filosofía y los objetivos de formación, las aspiraciones de los estudiantes por optar diversas especializaciones en los campos, del conocimiento médico, el estatus del médico en la sociedad, el número de médicos ideal y/o práctico por cada número de individuos de la sociedad, de la correlación entre los grados de formación profesional y las necesidades de atención de salud de la sociedad, de la investigación médica en las Escuelas de Medicina, etc., cuya bibliografía y análisis constituye una tarea al parecer imposible, pero que en forma magistral fue recopilada y analizada por uno de los más conspicuos investigadores de la educación médica en América Latina, el Doctor Juan César García, quien publica en el año 1972 patrocinado por la OPS/OMS el libro titulado "La Educación Médica en América Latina", de cuyo texto reproducimos el siguiente párrafo:

“Las primeras facultades de medicina del Nuevo Mundo se establecieron en Santo Domingo y Ciudad de México en el Siglo XVI y pertenecieron a Universidades o estudios generales que seguían el patrón de la Universidad de Salamanca, es decir, Instituciones de enseñanza superior en las artes, la teología, el derecho y la medicina. La falta de Médicos y el bajo prestigio de la profesión médica durante las épocas de la Colonia y de la Conquista, hicieron casi imposible el funcionamiento regular de las facultades de medicina. Así, por ejemplo, la Facultad de Medicina de Santo Domingo, clausurada poco después de su creación, no reanudó sus funciones sino hasta el siglo XVIII.

En la América Hispana se distinguen varias fases en el crecimiento y desarrollo de la enseñanza médica:

- a) Un aumento lento del número de escuelas en los siglos XVI, XVII y XVIII. En este período se crean cinco facultades de medicina cuyo funcionamiento se ve frecuentemente interrumpido.
- b) Un rápido aumento del número de escuelas a comienzos del siglo XIX, bajo los auspicios de los gobiernos surgidos de los movimientos independentistas. Es durante este siglo cuando el prestigio de la medicina comienza a elevarse de la posición desmedrada en que se hallara durante la época colonial.
- c) Un aumento lento y progresivo de 1840 a 1940. Durante este período adquieren mayor importancia los cambios cualitativos que los cuantitativos.
- d) Un incremento rápido y progresivo en el número de escuelas de medicina y un aumento considerable en la matrícula de sus alumnos a partir del término de la Segunda Guerra Mundial.

En cambio, en el Brasil la trayectoria de la educación médica ha sido muy distinta. Durante la época colonial (1500-1808), los jóvenes que deseaban estudiar derecho o medicina tenían que hacerlo en universidades europeas, particularmente en la de Coimbra, en Portugal. La primera escuela de medicina se crea en la Ciudad de Bahía en 1808, a raíz de la llegada de la familia Real Portuguesa al país, como consecuencia de las Guerras Napoleónicas. Desde entonces hasta 1910 sólo se fundan tres escuelas. En la década de 1910 se crean seis nuevas facultades y se instituye la primera universidad en Brasil. A partir de 1950 se produce un movimiento extremadamente rápido de creación de escuelas de medicina con tendencia a continuar durante los próximos años”.

2. Epocas y periodicidad histórica

2.1. Epoca Colonial:

Del resumen anterior y en la periodicidad histórica de la enseñanza médica en la América Latina, se observa que los principios básicos de la misma son incorporados lentamente y de acuerdo a las necesidades de los hijos de los Colonizadores para la época Colonial que va del siglo XVI al XVIII, en el que el modelo rígido aportado desde Salamanca está acorde con los cono-

cimientos y la práctica médica de la época, ligado profundamente a los valores religiosos y mágicos predominantes y con el lento avance del conocimiento científico en un larguísimo período de una sociedad de estructuras productivas feudales, en que las grandes mayorías nativas son consideradas en su calidad de siervos, como productores de riqueza para los conquistadores y las necesidades de atención médica van dirigidas fundamentalmente a las clases dominantes, mientras las comunidades religiosas indígenas, extendidas a lo largo y ancho de los territorios colonizados, como el principal instrumento de dominación, son los encargados de participar activamente en la atención de los enfermos, bajo el principio de la "caridad cristiana". Período éste que se prolonga en el tiempo hasta después de la época propiamente colonial, alcanzando el siglo XIX y persistiendo como regazos hasta aproximadamente tres décadas. Quizá los requisitos esenciales para ser formado como médico en las escuelas de esa época eran:

- a) Poseer una sólida convicción de practicar la medicina como un mandato divino inspirado en la caridad.
- b) Ser miembro conspicuo de la sociedad vigente (señores feudales); y,
- c) Tener un "estómago a prueba".

Sin embargo de ello, en esta época se destaca como una excepción entre otras pocas, la personalidad de lucha y eminencia de Eugenio Espejo en el Ecuador.

Por un lado la Revolución Liberal Francesa de finales del siglo XVII, inspira las ideas de liberación de los pueblos Latinoamericanos, se concreta en los treinta primeros años del siglo XIX, dan como consecuencia, como quedó señalado por García, un rápido aumento del número de Escuelas de Medicina bajo el patrocinio de los nuevos gobiernos republicanos; sin embargo, en lo que concierne a la enseñanza médica, las escuelas mantienen las mismas características de las existentes en la Época de la Colonia, lo que está en concordancia con el hecho fundamental de que la independencia de las naciones del Continente, no significó ningún cambio de la sociedad, antes bien se consolidaron las formas de producción feudal y las tendencias de la educación que avanzaban lentamente.

Por otro lado el avance de las ciencias médicas alrededor de mediados del siglo XIX, especialmente con el descubrimiento de los agentes biológicos causales de múltiples enfermedades por Pasteur, implica reformas especialmente curriculares, sumado a ello un mejor sistema de comunicaciones (lento aún si comparamos con los actuales) permiten que los nuevos conocimientos desarrollados en las Escuelas Médicas del Continente Europeo, lleguen a América Latina.

El desarrollo de los sistemas de comercialización y el incipiente surgir de formas de producción capitalista a fines del siglo XIX, relacionada con la incursión de capitales foráneos, especialmente de Inglaterra, dan surgimiento al capital financiero (nace el sistema bancario), sumado al atocigante dominio del feudalismo patrocina fundamentalmente por la Iglesia Católica, encaramada directamente en el poder

político de los Estados, propicia el surgimiento de movimientos separatistas del Estado y la Iglesia, concebidos por la ideología liberal —que en el Ecuador— culmina a principios del siglo con el movimiento armado patrocinado por Eloy Alfaro, que entre otros hechos importantes señala la educación a cargo del Estado y crea la concepción del laicismo.

Hasta aquí la enseñanza médica y la Universidad mantenían las mismas estructuras feudales de enseñanza y persistieron como tales gestando un proceso de inconformidad que culmina este período con la declaración de los principios de la Reforma de Córdova a finales de la segunda década del siglo, cuyos principios se extienden rápidamente al Continente y entre sus hechos más sobresalientes determina la AUTONOMIA UNIVERSITARIA como forma de gobierno y deslinda campos con los ESTADOS.

2.2. Epoca neocolonial:

Paulatinamente las Universidades y las Escuelas de Medicina a la luz de esta reforma, tienen cambios organizativos importantes que los resumimos en:

1. La elección de las autoridades universitarias nacidas del seno de sus componentes.
2. La existencia de un Cogobierno en la que participan los estudiantes.
3. Crean el espacio político-ideológico en donde hasta la actualidad se permite la libre discusión.

El marcado influjo del Imperialismo Norteamericano sobre la educación médica latinoamericana en sociedades con claras características de semifeudales y semicoloniales que avanzan hasta las décadas V y VI del siglo, unidas al desarrollo tecnológico del capitalismo mundial que marcan el surgimiento de aparatos cada vez más sofisticados, influyen notoriamente en los patrones de la educación médica latinoamericana, y sus presiones a través de variados mecanismos imponen y son aceptados por las escuelas ciertos modelos nacidos en el Imperio, como son:

- a) La departamentalización en sustitución de las cátedras.
- b) La introducción de materias que obligan al consumo de insumos médicos de la producción de sus empresas.
- c) La diversificación de las especialidades médicas, sujetos a veces a un stock de Instrumentos, etc.

El espacio político-ideológico al que nos referimos crea al interior de las Universidades profundas contradicciones, que se acentúan al final de la V década del siglo.

La Educación Médica comienza a definir su posición frente a sociedades neocoloniales que avanzan hacia un sistema social con rezagos feudales de corte capitalista atrasado y dependiente.

Paradójicamente la mayoría de las Constituciones declaran a la salud como un derecho inalienable del pueblo y los Ministerios de Salud y la política Estatal dependen al desarrollo de la Medicina privada.

Las conquistas estudiantiles y la profunda convicción de los sectores más avanzados de la Universidad, crean la posibilidad de recursos humanos médicos con proyección a las necesidades de salud de la Sociedad y el influjo ejercido determina mayor conciencia en las clases explotadas sobre la necesidad de ser atendidos en su salud, esto da como consecuencia las siguientes:

- a) Se formulan estrategias parches para calmar la angustia por salud y se crean programas de Medicatura Rural.
- b) Se formulan modelos que a nivel de las escuelas permitan dar salidas a estas exigencias crecientes de la sociedad con los llamados "programas de Medicina Comunitaria".
- c) Se elevan el número de Seminarios al interior de los países y luego internacionalmente para discutir los problemas de la enseñanza médica, con tendencia a involucrar a las entidades de salud dependientes de los Ministerios, en donde se afronta la contradicción antagónica, pues mientras las Universidades pretenden una formación en relación a la realidad social, los Ministerios empujan hacia una política de salud compatible con el sistema capitalista dependiente.
- d) Frente a esta posición, los organismos internacionales pretenden empujar otras formas paralelas de formación de recursos, alejadas de la educación de las Escuelas de Medicina y vinculadas a la formación de recursos no universitarios, implementando programas como los de "Atención Primaria de Salud" con modelos nacidos así mismo en el Imperio, no para su consumo, sino el de sus neocolonias.

Como se desprende de lo anterior la educación médica en las Escuelas Latinoamericanas ha avanzado en procesos netamente reformistas con incidencias cuantitativas y tendencias simplemente científicistas, pero, y a excepción de Cuba y Nicaragua, no se avisa aún una tendencia a procesos de cambio cualitativos; sin embargo de lo cual su posición incide muy fuertemente, pues mientras se mantenga la autonomía universitaria como base fundamental de su acción, permitirá llevar adelante una visión al pueblo de los médicos que necesita; aún cuando, se sienta en incapacidad de producirlos por la política vigente de: Médico Liberal, de Medicina orientada a la composición de clases sociales, de servicios estatales de salud insuficientes, etc., que dan en consecuencia un rechazo por parte de los Estados a absorber los médicos formados y que los está necesitando la sociedad, por una subutilización de los mismos, dejándolos en la desocupación y paradójicamente sin atender la salud ni siquiera en forma cuantitativa a más de la mitad de la sociedad.

En las perspectivas actuales y en el contexto del proceso más reciente de lucha contra los modelos neocoloniales norteamericanos de atención de salud y formación de recursos, las Escuelas de Medicina de América Latina, manteniendo el espacio

político-ideológico en su interior, y, apareciendo con su influjo en la sociedad, para solucionar los procesos de lucha de sus pueblos por la transformación, deberán seguir en el camino de resolver dos contradicciones básicas:

- a) Frente al Imperio y sus modelos de dar salud y de formar recursos para la salud; y,
- b) Frente a sus estados, comprometidos y partícipes sumisos de esos modelos.

Por estas razones pensamos utópico el planteamiento de “Salud para todos en el año 2.000”.

CUARTA SESION PLENARIA

LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA: ANALISIS PROSPECTIVO*

José R. Ferreira**

Hace 20 años el estudio de la Educación Médica en América Latina, realizado por Juan César García señalaba, "su articulación con la estructura social y llamaba la atención para su dependencia de la transformación histórica del proceso de producción económica".

Esta observación inició un campo de reflexión importante que en los años subsecuentes fue objeto de profundización y debate, especialmente en los núcleos más desarrollados de medicina social en América Latina.

Así, ha sido posible caracterizar, en términos más concretos la influencia hegemónica que ejercen, la organización de los servicios de atención médica y los patrones de la práctica profesional vigente sobre la misma formación del médico, en la medida en que se trata de reproducir los primeros y preservar las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento como en las técnicas y contenido curricular.

De ahí surge la necesidad de tomar en cuenta el contexto sociocultural, económico y político e incluir en el marco de referencia general la situación de salud y la organización de los servicios, replanteando el proceso de desarrollo de la formación, en función de:

- la necesidad de profundizar el análisis crítico en relación a política de salud en general y a la práctica médica en particular,
- la importancia de la revisión y evaluación de las técnicas en utilización y especialmente de los criterios de incorporación de nueva tecnología;
- la posibilidad de desarrollo de la integración docente-asistencial en su más amplio sentido;
- la necesidad de base poblacional que permita representatividad social y epidemiológica;

- el reconocimiento del potencial de transformación que conlleva el propio proceso formativo, y;
- la limitación estructural para contrarrestar las influencias referidas en un contexto de fragmentación disciplinar.

Aún reconociendo estas premisas, las escuelas siguieron su curso reproduciendo año tras año un proceso de enseñanza que poco toma en consideración las relaciones señaladas anteriormente. La norma sigue siendo la planificación curricular basada en la evaluación de la experiencia acumulada y en función de un número limitado de parámetros que reflejan la reproducción de la práctica hegemónica referida.

En la búsqueda de viabilizar la ruptura con esta situación y para permitir que las escuelas asuman un rol activo en la transformación de la atención a la salud, hemos después de varios intentos logrado introducir la utilización de la prospectiva.

La aplicación de esta metodología ha consistido en la formulación de escenarios futuros, de carácter normativo, en que tratamos de reflejar las formas de articulación de la educación médica (y sus características generales) con elementos más marcantes de la estructura social. Se ha establecido una imagen factible de la educación médica en el contexto de la meta de salud para todos en el año 2000.

En este contexto involucramos un análisis situacional que incluye la consideración de la crisis económica y los aspectos sociales y políticos de una sociedad concreta. Así enfatizamos las características de la práctica profesional vigente y las políticas de salud, con especial atención para aspectos de mayor influencia como sean la incorporación de nueva tecnología y las tendencias organizativas de los servicios de salud.

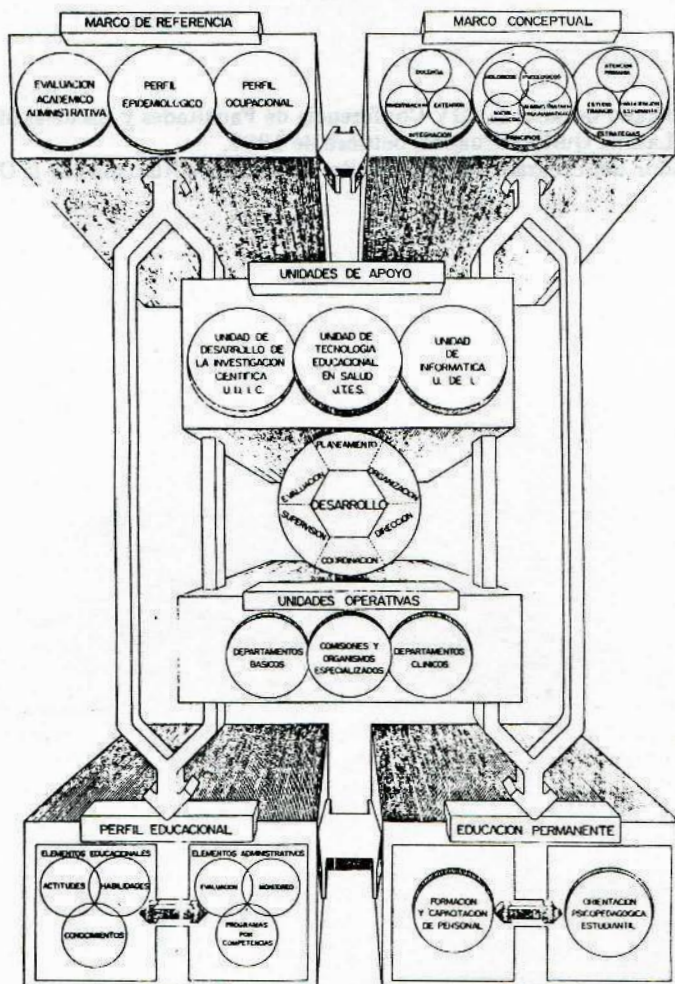
En el análisis del proceso de formación médica hacemos hincapié en las tendencias que se pueden observar en cuanto al grado de acercamiento al escenario futuro propuesto, con especial referencia a las posibilidades de:

- la integración docente-asistencial;
- la interdisciplinaridad y el desarrollo de investigaciones en función de las necesidades reales;
- refuerzo de un aprendizaje activo orientado al desarrollo de habilidades y aptitudes, mas que aspectos factuales, y de capacidad de juicio crítico y solución de problemas;
- todo esto respaldado por esquemas de evaluación del desempeño en un contexto de "estudio-trabajo".

De los 43 indicadores incorporados en el instrumento de análisis, destacamos aquellos de mayor peso que conceptualizan el modelo prospectivo, como muestra el esquema que sigue:

Hasta ahora el método ha sido aplicado en un centenar de escuelas en 11 países

PROCESO DE DESARROLLO CURRICULAR, ADMINISTRATIVO
CIENTIFICO Y TECNOLÓGICO DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS
U.N.A.H.



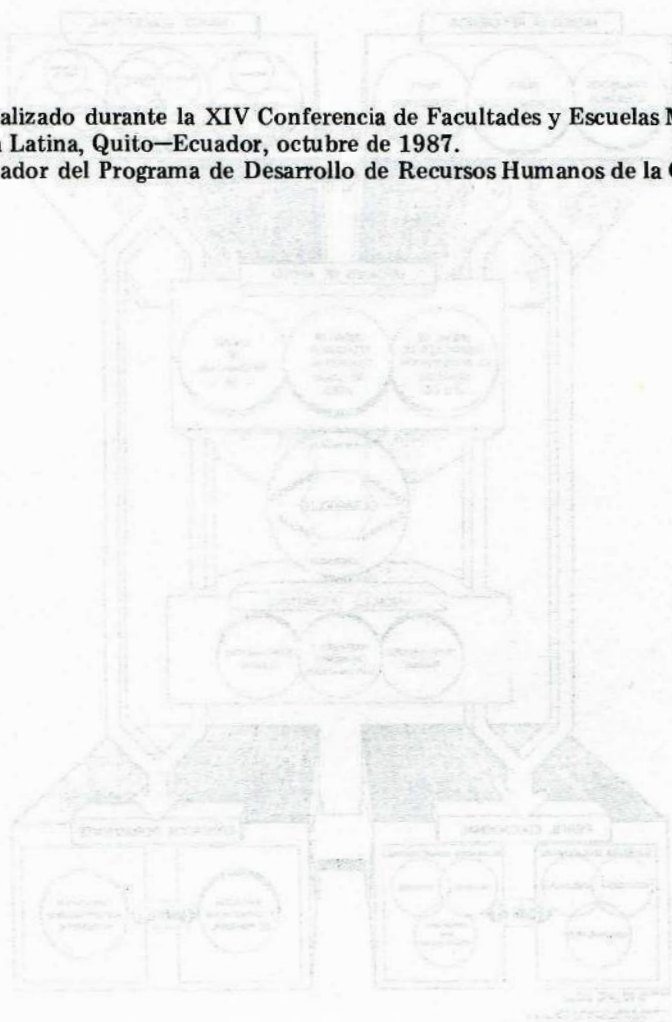
Elaborado por: Lic. María Teresa Cordero
Lic. Rosa María de la Cruz
Revisado por: Lic. María Teresa Cordero
Lic. Rosa María de la Cruz
Lic. María Teresa Cordero
Lic. Rosa María de la Cruz

de América Latina, y las presentaciones que se seguirán, nos darán cuenta de algunos de los resultados.

PROCESO DE DESARROLLO CURRICULAR ADMINISTRATIVO
CENTRO Y FORTALECIMIENTO DE LA PRÁCTICA
DE GESTIÓN MEDICA
UNAM

* Panel realizado durante la XIV Conferencia de Facultades y Escuelas Médicas de América Latina, Quito—Ecuador, octubre de 1987.

** Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS.



PERFILES DEL PROCESO DE EDUCACION MEDICA DE LAS FACULTADES ECUATORIANAS DE MEDICINA: ANALISIS PROSPECTIVO

**Dr. José Ruales, Dr. Rodrigo Yépez,
Dr. Dimitri Barreto, Dr. César Hermida**

Introducción

La metodología de análisis prospectivo de la Educación Médica permite realizar una evaluación cualitativa del Proceso de Educación Médica de las Facultades de Ciencias de la Salud.

Una evaluación cualitativa que aplicada a la realidad nacional socioeconómica y política, pueda ser parte del camino de construcción de la imagen objetiva propuesta para el futuro.

Los resultados de la evaluación cualitativa y la imagen objetiva de la educación médica contra lo que se ejecuta el ejercicio evaluativo, son entonces el primero y último eslabón de un proceso de planificación estratégica que se debe repetir sucesivamente, retroalimentándose el diagnóstico en los resultados obtenidos y las metas en el replantamiento y ajuste del escenario futuro y de los propósitos orientadores del desarrollo de la salud en la región del país.

Partiendo del análisis de situación de las Facultades, la dimensión de los cambios que ocurran dependerá de las características del probable escenario regional y nacional que se efectivamente en el plazo propuesto. Los esfuerzos de las Facultades por lograr la construcción de la imagen objetiva deseada pueden ser mejor encaminadas al definirse políticas que dirijan la sección estratégica en áreas identificadas como deficitarias o en las que de acuerdo a las condiciones del contexto son más factibles, logrando de esta manera una mejor integración entre las instituciones formadas y el medio social, entre la formación de Recursos y su utilización, integrando los dos elementos del proceso de Desarrollo de los Recursos Humanos para Salud.

Se trata de que, como la plantea el Dr. Ferreira (1), la producción en calidad y cantidad esté en función de las necesidades concretas de la sociedad como un todo. Es decir que el producto de la formación médica será relevante y pertinente, que se oriente a las necesidades prioritarias de salud de la población en un contexto de racionalización de los recursos disponibles para cubrir todos los niveles de atención en forma equilibrada, integrando parámetros de eficiencia, eficacia y equidad.

Antecedentes

El Ecuador cuenta con 6 escuelas de Medicina, cuatro de ellas dependientes de universidades estatales, en diferentes regiones geográficas del país, y dos escuelas de carácter privado.

Las Escuelas de Medicina estatales de Quito, Guayaquil y Cuenca tienen su origen a principios de la época republicana, y las tres restantes fueron creadas en las dos últimas décadas.

La producción anual de médicos del total de Escuelas médicas del país es de alrededor de 1.100 graduados, este número, que es tres veces mayor a la producción promedio de la década del 70, se mantiene en forma más o menos estable desde 1978, y el incremento se debe especialmente a la política de libre ingreso a las Universidades Estatales que rige desde 1970.

El crecimiento de la población médica es ligeramente mayor al crecimiento poblacional, actualmente se mantiene una tasa de 14 médicos x 10.000 habitantes y se espera llegar a 18 x 10.000 en el año 2000.

Las tendencias demográficas, de salud, de desarrollo tecnológico y de variantes del ejercicio profesional son muy similares a las del resto de países latinoamericanos de igual grado de desarrollo.

Se espera una duplicación de la población en los próximos 15 años, con incremento de la población joven y un aumento de la población joven y un aumento de la proporción de la población urbana que actualmente representa el 51 o/o de la población total, con detrimento de la calidad de vida en las ciudades.

El crecimiento económico esperado es lento, con graves problemas de capitalización y mayor concentración de la riqueza.

La deuda externa, también en Ecuador, produce reducción de los ingresos del sector público, consecuentemente; limitación del gasto en los sectores sociales y en salud, con agravamiento del empleo público y del apoyo económico a las universidades; las actividades privadas de Salud, especialmente la medicina de grupo o de empresa, tiende a ampliarse captando la clientela que tiene capacidad económica suficiente.

El perfil de salud del país refleja la grave falta de infraestructura sanitaria de cobertura amplia, con altos índices de enfermedades transmisibles e inmuno-prevenibles junto con un repunte de problemas de salud originados por agentes agresores y depauperación económica y social, enfermedades crónicas y degenerativas y de producto de la violencia.

Perfiles de las Facultades Ecuatorianas

Metodología

Se aplicó el instrumento de "Análisis prospectivo del Proceso de Formación Médica", de acuerdo a la metodología planteada por la POS, a grupos de profesores de las Escuelas Médicas de la Universidad Central del Ecuador, de Quito; de la Universidad Estatal de Guayaquil, Universidad de Cuenca y Universidad Regional de Loja.

Al resultado del Análisis situacional llegó por consenso en los grupos de cada escuela médica, los mismos que sirvieron para la elaboración de los perfiles de las respectivas Escuelas.

Resultados

De acuerdo a los atributos e indicadores evaluados en el instrumento, hacemos el análisis de los resultados obtenidos en los perfiles.

1. Contexto

a) Programa como reflejo de la realidad

La opinión general, en todas las Facultades, es que los únicos elementos que se presentan en la estructura curricular son la situación socioeconómica y el grado de Desarrollo Tecnológico.

La pobre repercusión programática de la situación de Salud, la organización de los Servicios y los cambios demográficos, muestran Escuelas médicas comprometidas en el "discurso" pero que no tienen una integración real en el sistema social y en el sistema de salud, la estructura curricular es rígida y los mecanismos de adaptación a la situación de salud de la población son lentos, pudiendo producirse conflictos de calidad en la producción y de adaptabilidad al medio laboral.

b) Hegemonía de la Práctica Médica

No hay reconocimiento explícito del tipo de Práctica médica hegemónica ni mecanismos efectivos que impidan el establecimiento de políticas hegemónicas noformales. Esto significa que en gran medida es la práctica hegemónica a través de los docentes que la representan quienes reproducen en su acción las estructuras, conocimientos y prácticas necesarias para su perpetuación, dentro

del ámbito de las Facultades.

La práctica hegemónica, de tipo institucional hospitalario especializada estimula la especialización a pesar de los planteamientos de formación de médicos generales, y frena los mecanismos de integración interdisciplinarios y la incorporación de la medicina social a la práctica.

No existe política de selección, por lo que los problemas de desempleo no están siendo controlados desde las universidades, la demanda de aspirantes y la oferta de empleo juegan libremente.

c) Formación Previa:

No se evalúa ningún parámetro de la formación previa, debido a la política de libre ingreso a las Universidades Ecuatorianas, el único requisito es el bachillerato en el área Biológica, todos los aspirantes son admitidos e inician directamente su formación luego de un breve curso de orientación, sin embargo, en la Facultad de Quito por ejemplo, la atricción en el 1er año llega al 70 o/o, eso significa que solo un 30 o/o de los libres ingresantes son en realidad promovidos.

Del 70 o/o de estudiantes no promovidos, la gran mayoría se eliminan "voluntariamente" durante los primeros meses. Como resultado tenemos un proceso de selección costoso pero justo, en un medio donde el sistema educativo no es homogéneo ni equitativo.

2. Estructura

a) La estructura administrativa se muestra rígida y el conocimiento fragmentado y aislado. Solo la Facultad de Quito, muestra una mejor flexibilidad docencia-investigación, mayor integración interdisciplinaria y consistencia de docentes responsables de unidades tanto de formación como de servicio.

b) Base poblacional y cobertura

La base poblacional de los servicios utilizados por la Escuela es muy alta, debido que se utilizan prácticamente todos los servicios estatales públicos. Sin embargo las escuelas no comparten responsabilidades sobre los servicios. Si bien las Asociaciones de Facultades participa en el organismo asesor del Sistema de Salud, este no tiene aún el poder necesario ni hay coordinación en la planificación del Sistema.

El personal docente y el asistencial comparten responsabilidades docentes en el servicio, especialmente en las áreas de Integración Docente-Asistencial de Internado Rotativo y Postgrado, sin embargo el personal asistencial no está involucrado en el Sistema Educativo y la participación del Docente en el servicio es circunstancial.

c) Capacitación Personal Docente

La capacitación técnico-científica y pedagógica del personal docente es una de las áreas de mayor desarrollo, especialmente en la Escuela de Quito y en

buena medida en la de Guayaquil.

Las Escuelas de Cuenca y Loja demuestran aún déficit en el área.

El desarrollo demostrado en Guayaquil y Quito se debe a la creación y producción de Institutos de Pedagogía médica que han impulsado las actividades de capacitación docente y el desarrollo tecnológico aplicado a la docencia.

d) Organización—Conocimientos

En la mayoría de Escuelas se demuestra el fraccionamiento disciplinario que se mantiene en las disciplinas básicas, el intento de integración sincrónica en estas disciplinas es evidente en las Escuelas de Quito y Guayaquil.

Así mismo, en las clínicas fundamentales, sólo en éstas facultades se muestra un perfil de tendencia a la integración en áreas de práctica real.

Los resultados de la encuesta, en el caso de la Escuela de Cuenca no demuestra la estructura curricular, lo que refleja algún grado de subjetividad del instrumento.

Las ciencias de la conducta, epidemiología y administración son aún disciplinas fraccionadas en las Escuelas pequeñas.

Guayaquil y Quito muestran un buen grado de desarrollo de éstas ciencias, aunque su organización aún se muestra aislada de la práctica médica.

3. Función

a) Propósitos que valoran: atención individual/Comunitaria; Preventiva/Curativa; Conocimiento y habilidad/Información Factual.

En las Escuelas de Cuenca y Loja, la encuesta demuestra una valorización de la información factual, individualista y biomédica, típica de la práctica médica hegemónica.

En las Escuelas de Quito y Guayaquil, hay mayor facilitación del desarrollo de habilidades y aptitudes y se incorpora la salud colectiva y los aspectos médico sociales.

b) Orientación Pedagógica

El aprendizaje se muestra muy dependiente en todas las Escuelas, sin orientación tutorial extendida, son pocos los docentes que estimulan el desarrollo de actividades críticas y analíticas en sus cursos, y la evaluación es mayormente memorística.

c) Integración Docente Asistencial

La I.D.A. se mantiene a nivel nacional en el programa de Internado Rotativo mayormente en actividades clínicas y en hospitales de nivel terciario con un 20 o/o de dedicación en hospitales secundarios. La participación del alumno en el último año de la carrera es de ciudadano directo del paciente.

La IDA a nivel comunitario y la participación de estudiantes de años inferiores en los servicios no se da en forma sistemática, siendo en ese nivel el aprendizaje demostrativo, sin participación directa ni individual, y en hospitales ter-

ciarios mayormente.

4. Integralidad

a) Investigación de Necesidades Locales y Equilibrio Biológico Epidemiológico y Social.

La investigación ha venido siendo un producto aislado en respuesta a intereses individuales y en los campos biomédicos, y así se mantiene en la mayoría de las facultades.

En Quito, es evidente una gran diferencia de opinión: tanto cuanto se da una mayor integración a los programas de la investigación y de las prioridades que son fijadas por las Escuelas según necesidades locales, como al impulso a los componentes Biomédico básico, epidemiológico y social en forma equilibrada y de acuerdo a definición de políticas previas.

No se da integración multiprofesional durante la formación salvo en pocas excepciones, sin criterio de integración o de equipo multiprofesional.

b) Información Biomédica

Se debe destacar la favorable opinión sobre el Sistema de Información de la Facultad de Quito. El acervo bibliográfico es considerado excelente, el sistema es eficiente y cuenta con acceso directo a Bancos de Datos computarizados; esta situación no se da por ser en Quito la sede de la Biblioteca Nacional de Medicina, Facilidades que no se demuestran en las otras Facultades.

c) Evaluación del Proceso Educativo

Solamente la Facultad de Quito recibe opinión favorable al establecimiento de mecanismos de evaluación de la Educación Médica y adecuados niveles de desarrollo en el área pedagógica y de tecnología nacional. Gracias a la existencia ya mencionada de el Instituto Superior de Pedagogía y Tecnología Educativa.

d) Financiamiento

La dependencia Financiera del estado no permite un adecuado control de los ingresos de las Universidades; el estado utiliza el presupuesto como mecanismo de presión o chantaje sobre las instituciones educativas autónomas. La capacidad de acceso a fuentes de financiamiento externo solo se manifiesta en la Facultad de Quito.

Conclusiones

En general se observa en la evaluación, una tendencia similar en la relación de las Escuelas médicas con el contexto, son escuelas comprometidas pero sin mecanismos prácticos de apertura a las necesidades del medio socioeconómico y a las condiciones de salud y la estructura de los servicios.

La estructura y función se aproxima mejor a la imagen objetiva en las escuelas de Quito y Guayaquil, con serias deficiencias que pueden ser fácilmente identificadas en el análisis.

La integralidad del proceso de educación médica ha logrado su mayor avance en las escuelas de Quito.

La bondad del método prospectivo puede inferirse de este breve análisis que describe en forma global y por atributos específicos las características cualitativas de las Escuelas en comparación a la propuesta futura.

Permite orientar los procesos sociales hacia los objetivos deseados, identificando factores y acciones que hagan posible la situación deseada y estimar su posibilidad y sus alternativas.

Así, lo más probable no es el único futuro posible, la prospectiva permite, a través del análisis, identificar el método y la estrategia para conseguir que un futuro deseable sea posible.

Adj.: Perfiles del proceso de Educación de las Facultades del Ecuador.

Tendencia y Proyección de Producción y Ocupación Médica en el Ecuador.

INDICE DE ATRIBUTOS E INDICADORES

I. CONTEXTO

- A. Prog. reflejo de la realidad:
 - 1. Cambios demográficos
 - 2. Situación socioeconómica
 - 3. Diagnóstico de salud
 - 4. Organización de los servicios
 - 5. Grado de desarrollo tecnológico
- B. Hegemonía práctica médica:
 - 6. Base económica de práct. médica
 - 7. Base técnica de práct. médica
 - 8. Empleo—desempleo
- C. Formación previa:
 - 9. Orientación general
 - 10. Rendimiento académico
 - 11. Capac. para análisis clínico

II. ESTRUCTURA:

- A. Flexibilidad e integración:
 - 12. Flexibilidad doc. inst.
 - 13. Énfasis de mec. de integ. inter disc.
 - 14. Consistencia jerarquía servicio
- B. Base poblacional y cobertura
 - 15. Base poblacional adecuada
 - 16. Participac. de prof. y tratantes
 - 17. Planif. conj. del sist. de salud
- C. Capacitación personal docente:
 - 18. Formación técnica científica
 - 19. Formación pedagógica
 - 20. Actualización de prof.
- D. Organización-conocimiento:
 - 21. Morfofuncional normal y patol.
 - 22. Clínicas fundamentales
 - 23. Ciencias conducta enid. y rdm.

III. FUNCION:

A. Atención med. com. prev. y curativa

- 24. Enfoque conceptos hab. y apt.
- 25. Atención individual y comunit.
- 26. Orientación biomédica y social

B. Orientación Pedagógica:

- 27. Orientación tutorial
- 28. Hab. crítica y analítica
- 29. Evaluación

C. Integ. doc. asist. por niveles:

- 30. Int. doc. asist. partic. escuela
- 31. Prog. en todos los niveles atec.
- 32. Partic. directa del alumno

IV. INTEGRALIDAD:

**A. Investigación neces. locales:
(Biol. Epidem. y Social)**

- 33. Necesidades locales
- 34. Equil. Biom. Epid. Serv. Social
- 35. Integ. multiprof. formación

B. Información biomédica:

- 36. Acervo bibliográfico
- 37. Préstamo interbibliográfico
- 38. Sistema de referencia

C. Evaluación proceso educativo:

- 39. El proc. de la Ed. Médica
- 40. Grado de desarrollo pedagógico
- 41. Producción inal. educativo

D. Financiamiento

- 42. Adecuado presupuesto
- 43. Acceso estrapresupuestario.

LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA. ANALISIS PROSPECTIVO

Dr. Héctor O. Buschiazzo (Argentina)

Diagnóstico de Situación

Esta instancia, del análisis prospectivo de la Educación Médica, constituye un marco de referencia y de discusión a nivel Americano, por lo cual es imprescindible profundizar la reflexión que haga a la transformación de nuestras Facultades de Medicina.

Para encarar semejante compromiso es inevitable analizar sistéticamente los grandes problemas nacionales, en el cual se haya inserto el sector Salud.

Haciendo lectura rápida de nuestra historia en la República Argentina, y que de alguna manera sirva para el resto de los países americanos, debemos decir que el sector Salud, ha tenido distintos impulsos, retrasos y desarrollos, es así que hoy existen factores socio-económicos y políticos que dejan sin respuestas a las imperiosas necesidades de nuestro pueblo. El reflejo de esta situación se vió plasmado en que el sector público de asistencia médica, ha ido decreciendo hasta situaciones alarmantes, las dificultades edilicias, de remuneración, de camas y personal, no conciden con lo que marca el crecimiento demográfico, todos estos elementos indican que la situación es insostenible. Como contrapartida de esta situación el sector privado se vió fortalecido a través de las políticas de los últimos años, dejándonos como herencia una medicina privada con crecimiento desproporcionado con respecto a las necesidades que marca la realidad.

La práctica médica se mercantilizó, la tecnología y el abuso en medicamentos se incorporó en forma crítica y sin contemplar las necesidades reales de la población.

Es así que se formó una imagen especular de los modelos de investigación y tecnología de los países centrales, como resultado de esas políticas se postergó al pueblo hasta en sus más elementales necesidades.

Las esporádicas experiencias democráticas de los últimos 50 años en mi País, no alcanzaron a profundizar un cambio.

Las Universidades en general y las facultades de Ciencias Médicas en particular, no han permanecido ajenas a estas marchas y contramarchas. Es así que hoy siguen vigentes las mismas contradicciones.

Pero es hoy más que nunca, donde debemos levantar la voz y nuestro trabajo en función de que esta Universidad democrática defina una opción para la sociedad a través de la Docencia, la Extensión Universitaria y la investigación.

Los recursos de las Universidades estatales provienen del ahorro público, por lo tanto debemos garantizar la permanencia en la Universidad a los estudiantes que desarrollen su vocación de servicio y demuestren ser los mejores para volver a insertarse de donde vienen y devolverle al pueblo lo que siempre le perteneció, pero que desgraciadamente no siempre tuvo, acceso a todos los medios para el mantenimiento de la salud.

Así consideramos que la democracia pluralista es el marco favorable para realizar las transformaciones, usar como método un razonamiento crítico que será plasmado en las respuestas necesarias para las distintas problemáticas.

Vemos que en el camino transitado, la mayoría del estudiantado y personal docente, se ha pronunciado de manera transparente en las grandes cuestiones universitarias, es así que hemos estado en contra de la utilización de recursos de manera indiscriminada para la investigación técnica; profundizando la disociación entre los intereses de una élite intelectualizada que sueña con los países centrales mientras nuestro pueblo no tiene ni sueños ni esperanzas.

Pero cuando la investigación y la técnica es utilizada en forma racional y estratégica fomentando el desarrollo del país, terminando con la dependencia, somos los primeros en sostenerla.

Antecedentes a tener en cuenta para el futuro cambio

Debemos afirmar el descontento general existente en cuanto a la actual enseñanza de la medicina en nuestras Facultades y Escuelas, aunque sea en forma breve deseo enunciar, en que se basa dicho descontento:

1. Los método de estudio y los planes educativos cuentan con una antigüedad, que sin error podemos decir de más de 50 años, en contraste con el desarrollo que ha experimentado tanto las ciencias médicas como el mismo nivel educativo de la sociedad.
2. Planes curriculares quizás excesivos, y superpuestos en las distintas materias, en forma incontrolable y autónoma.

3. Excesiva cantidad de enseñanza teórica, tanto en materias básicas o clínicas, desvirtuando así la capacidad de aprendizaje, del "saber hacer" indispensable para el futuro médico, que además colabora en el mantenimiento de sistemas autoritarios de enseñanza a través de la "cátedra", que impida, salvo excepciones, la capacidad de aprender a pensar, elemento fundamental en toda enseñanza.
4. La hipertrofia o desbalance hacia la enseñanza, cuando en realidad creemos que debería inclinarse hacia el aprendizaje, por la observación ya mencionada de la excesiva imposición teórica en las técnicas aplicadas en la realidad, de metodologías sobre enseñanza-aprendizaje, dando como resultado una enseñanza pasiva.
5. La estructura actual de nuestras Facultades contiene una organización docente basada en la "libertad de cátedra", mal interpretada, que impide la integración tanto horizontal o vertical de la enseñanza, con programas propios que impulsan al trabajo manual e intelectual individual, no favoreciendo la labor en equipo, permitiendo también repeticiones, omisiones e incluso contradicciones.
6. Todo lo anterior conduce al indefectible y progresivo aumento de los costos de la enseñanza, sin la obtención lógica de mejores rendimientos.

Frente a este panorama la Asociación de Facultades de Medicina de mi País, de reciente recreación, ha considerado impulsar un cambio gradual pero permanente para revertir todos los defectos que actualmente tenemos, para ello se busca el momento oportuno, la conveniencia y la posibilidad de que sea realizable, sin estos principios básicos, creemos difícil lograr el cambio.

También hemos planteado a nivel nacional que es importante considerar dentro del marco de las necesidades sanitarias del País y de las posibilidades Docentes, Científicas y Técnicas de nuestras Facultades adecuar el número de alumnos que acceden a nuestras escuelas de medicina.

Ingreso a la Facultad de Ciencias Médicas

El derecho a estudiar es un bien innegable de la comunidad y desde el punto de vista el ingreso debe ser igualitario para todos sus miembros.

En base a esto y al análisis previo de las situaciones, creemos necesario desarrollar un plan de trabajo para llevar adelante los cambios curriculares contemplando las necesidades de cada región en un marco del proyecto político, de salud y desarrollo económico-social.

El ingreso a la Universidad como parte del proceso educativo debe tener en cuenta la adecuada real información sobre la carrera en la que va a ingresar y las posibilidades laborales de los egresados.

Si bien es cierto que las distintas Facultades en su totalidad no cuentan con una infraestructura adecuada para recibir una gran cantidad de alumnos, la solución a esto dependería de una planificación acorde que permita el ingreso y formación de todos aquellos aspirantes de acuerdo a las necesidades de la sociedad.

En definitiva, no se puede tomar una decisión categórica y unilateral si no existe un plan global en política de salud y educación que condicione la necesidad de formar recursos humanos para el País.

Entendemos que el tema ingreso no puede ser planteado fuera del contexto socio económico del país. Debe existir una política económica integrada, una política educacional general que permita salidas laborales a niveles intermedios, estimulando el desarrollo de carreras adecuadas a un país en crecimiento, evitando de ese modo la congestión en las carreras tradicionales como las de Ciencias Médicas.

Perfil Médico

A fin de desarrollar un currículum acorde al profesional médico a obtener, es necesario delinear el perfil del mismo, teniendo claro que el objetivo es el de formar un médico:

1. Con sólidos principios democráticos y profundo conocimiento de la realidad sanitaria del país.
2. Alto contenido humanístico y social, y comprometido con la consigna "Salud para todos".
3. Capaz de resolver los problemas más importantes frecuentes de la salud mediante acciones de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación.
4. Con sólido conocimiento científico integrado, que posea habilidades y destrezas que hagan a un médico general y dirigido a la atención médica primaria.
5. Actitud de estimulación en la participación de la comunidad y el medio familiar en pro de la salud.
6. Con capacidad de dirigir, educar y administrar recursos en la tarea sanitaria que le corresponde desempeñar, haciendo uso racional de los recursos técnicos.
7. Con habilidades y actitudes positivas hacia el trabajo en equipo con otros profesionales y sectores sanitarios.
8. Actitud crítica que le permita tomar conciencia de su capacidad y limitaciones.

Después de los informes presentados por cada una de las Facultades de Medicina de nuestro País, surge como diagnóstico de situación común a todas ellas, una preocupación preponderante con respecto al nivel de formación de los alumnos ingresantes a nuestras casas de estudios, por consiguiente las Facultades de Medicina deberán establecer pautas mínimas de capacitación de sus ingresantes hasta tanto se logre la adecuación del nivel secundario.

Considerando que esta problemática posee un nivel de complejidad que requiere un análisis multifactorial, se sugiere tomar medidas a corto, mediano y largo plazo.

1. Delimitar el perfil que debe tener el estudiante que ingresa a la Universidad estableciendo los prerrequisitos esenciales que le posibilitan cumplir su rol.
2. Establecer un enlace permanente con el Ministerio de Educación a los efectos de lograr una articulación con el nivel secundario.
3. Solicitar a las escuelas secundarias la implementación de programas de orientación vocacional.
4. Ofrecer al Ministerio el apoyo de la Universidad para la formación y perfeccionamiento docente tendiente a una verdadera modificación de la escuela secundaria que permita incluir entre otros objetivos el logro de un producto, que complemente con los requisitos mínimos, para poder desarrollar eficazmente el ciclo superior, como así también en lo referente a la orientación profesional. Además de sugerir a los colegios secundarios una salida laboral inmediata con especializaciones artesanales o técnicas.

Considerando la situación actual, experiencias efectuadas por algunas Facultades y la necesidad de implementar medidas inmediatas en base a la formación actual de los alumnos recomendados, para que se profundice la necesidad de implementar un ciclo de introducción a los estudios universitarios, que contemple en base al perfil elaborando los siguientes temas:

1. Contenidos específicos que lo introduzcan en la metodología de la investigación y de trabajo intelectual.
2. Establecimiento vocacional.
3. Aproximación a la problemática universitaria y su relación con la sociedad.
4. Establecer nexos con el Ministerio de Salud que permitan su participación en la elaboración de las políticas sanitarias.

Lineamientos generales para el cambio curricular

La situación actual de cada una de las Unidades Académicas del país nos obliga a la reflexión de grandes temas, que hacen a la coordinación de planes de estudios, con la necesaria adecuación de los mismos según las posibilidades regionales. Dentro de este marco referencial se puede proponer las grandes líneas políticas a seguir.

Para realizar las propuestas las dividimos en dos ítems:

a) Del funcionamiento de la Facultad y su relación con el currículum:

1. Departamentalización, dejando en el pasado el sistema de cátedras para constituir departamentos abocados a áreas afines para la mayor coordinación de actividades docentes y administrativas.
2. Creación de Departamentos del Área Humanística y Social, de tipo hori-

xontal y vertical, para el desarrollo de la enseñanza de manera integrada con las materias tradicionales de la carrera.

3. Flexibilización del curriculum, mediante la utilización de nuevos sistemas curriculares, como por ejemplo el Sistema de Créditos, con el desarrollo de cursado obligatorio y optativo que hacen a la incentivación del alumno y del docente.

b) De la Actividad Académica-Asistencial:

1. Implementación de mayor cantidad y calidad de horas prácticas, disminuyendo la relación médico-paciente-alumno.
2. Reformulación de los contenidos de distintas áreas que se desarrollan de manera superpuesta, repetitivamente e hipertrofiadas.
3. Incentivar al cuerpo docente en su formación y actualización pedagógica. Mediante la realización de la carrera docente, cursos de actualización.
4. Revisión y reformulación de los métodos de enseñanza-aprendizaje, con el consiguiente cambio en la metodología de evaluación, tendiendo a que ésta sea de tipo continua.
5. Orientación de la enseñanza de Patologías regionales prevalentes.
6. Desarrollar una temprana integración activa del estudiante con las distintas organizaciones asistenciales (dispensarios, hospitales, etc).
7. Fomentar la investigación en el pre-grado con orientación hacia los grandes temas sanitarios.

De acuerdo a las conclusiones unánimes de todas las Facultades de Medicina se recomienda:

1. La inclusión de las especialidades médicas dentro de la Clínica Médica, quirúrgica, pediatría y tocoginecología. El objetivo perseguido es lograr una verdadera integración temática que permita al alumno aprender los grandes tópicos, síndromes o enfermedades presentados en un mismo acto por los médicos generalistas o clínicos y los médicos especialistas. Consideramos que ésta es una vía posible de convivencia lógica previa para la Organización Departamental.
2. Seleccionar los contenidos de pre-grado acordes al objetivo de la formación de un médico generalista.

Estamos convencidos que debemos formar un médico preparado teórica y prácticamente para la atención médica primaria. Pero también nos preocupan los aspectos especiales y sobresalientes de las especialidades. Una "curriculæ" flexible, con materias obligatorias y optativas que permitan al estudiante hacerse su propio curriculum, en base a los créditos y a los temas elegidos, permitiendo no desatender temas fundamentales como inmunofarmacología, genética poblacional, microcirugía, aspectos especiales en nutrición, toxicología o medicina del trabajo, entre otros.

3. Desarrollar la profundización de las diferentes especialidades en el postgrado. Se ha instituido no solamente la residencia de médico generalista, sino que conjuntamente con los Ministerios de Salud estatales o Provinciales, se han

elaborado las distintas residencias de especialidades de primer y segundo nivel con el fin de que el Ministerio de Salud, verdadero integrador del recurso humano formado por las Universidades, sea el coordinador y regulador de las necesidades y políticas a seguir en Salud en el País, en un trabajo conjunto, La intención es que las residencias sean obligatorias en todo el País, en este momento cubren aproximadamente el 30-40 o/o de los egresados.

Por otra parte, los cursos de post-grado divididos en aquellos de actualización o en aquellos de especialización, éstos últimos con 7.000 horas, completan la formación del médico, que obtiene así, no solamente una verdadera reválida, sino además los puntos necesarios para su ascenso en la carrera médico-hospitalaria.

4. Estructura clínica:

La formación clínica que se desarrolla en el período de pregraduación debería ser organizada, de tal manera que existan coordinación de horarios teóricos y prácticos, relación docente/alumno, y algo muy importante, relación enfermo/alumno óptima.

La coordinación horaria es importante en cuanto, a permitirle al estudiante y al docente, pero en especial al primero, tiempo libre; la utilización de tiempo libre es esencial para la formación humanística, el autoaprendizaje y todo lo que hace el desarrollo del sentido de libertad que necesita un joven; algo similar ocurre con el docente. La relación docente/alumno depende de las asignaturas, pero promedios que van de 5/1 a 8/1 los hemos aceptado como buenos. La relación enfermo/alumno, tan esencial, es actualmente la más difícil de lograr; para hospitales de mediana complejidad estamos tendiendo a obtener una relación de 3/1 — 5/1 y relaciones muchos más grandes en consultorios externos, dispensarios o salas de primeros auxilios. Para poder cumplir con dichos requisitos, ha sido necesario en algunas Facultades, aunque con modalidades distintas, descentralizar la enseñanza, ya sea con el modelo de Unidades Clínicas u Hospitalarias, como lo realiza la Universidad de Buenos Aires, o con la utilización de los Hospitales que poseen residencias de medicina general o especial en Clínica Médica, Quirúrgica, Tocoginecología y Pediatría. Los residentes de tercer año, jefes de residentes y personal de planta que desean acceder a la docencia, poseen un programa a desarrollar docente-asistencial en las cinco asignaturas de un año y medio de duración para alumnos de 5o. y 6o. año.

En el caso de la Universidad de La Plata, este modelo se está poniendo en práctica en 15 hospitales de la Provincia de Buenos Aires, algunos de ellos alejados hasta 400 Km o más de la Facultad, se están implementando los sistemas de control docente a través de visitas quincenales por parte de Profesores y Docentes ordinarios, permitiendo una evaluación continuada y la culminación del ciclo será con una evaluación final tipo pasantía de dos o tres días de duración en el hospital de la Facultad, y a cargo de la cátedra correspondiente. En la Universidad de Tucumán esta descentralización corresponde a un año agregado a la curricula normal y la labor se lleva a cabo en dispensarios o pequeños hospitales de zonas rurales. Esto significa que se está respetando

las posibilidades y las características de cada Facultad.

Conclusiones Finales

Este modelo de cambio curricular, sabemos que nos llevará años para su total aplicación, con todas las modificaciones que seguro sufrirá a medida de su ejecución. El mismo está basado en los principios lógicos de: 1) necesidades sanitarias del País, 2) posibilidades docentes y hospitalarias de las Facultades de Medicina. El cambio debe tender a formar un hombre libre y capaz de pensar, que permita a los estados lograr racionalizar la utilización de medicamentos para un mejor acción terapéutica y de aparatología para mantener o establecer obras sociales justas, que permitan una atención médica de excelencia, para cubrir el 100 o/o de la población. No nos engañemos, que si nuestros estudiantes logran aprender razonadamente la fisiología, fisiopatología y clínica médica, haciendo un buen uso de la semiología y sabiendo que los medicamentos no producen nuevas funciones en el organismo, y dándole el tiempo necesario de interacción estudiante-paciente, alcanzaremos niveles de hombres científicamente aptos para nuestras necesidades actuales, y nuestra consigna en "Salud para todos" se irá cumpliendo.

ANALISIS PROSPECTIVO DE 50 ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA

Dr. Daniel Purcallas

Se presentarán los datos correspondientes a la totalidad de las Escuelas analizadas con un doble propósito, por un lado, se pretende plantear elementos metodológicos orientadores, que puedan ser aplicados para el análisis de los datos a nivel de cada Escuela, y por otro, se busca presentar el comportamiento general de las Escuelas, y por otro, se busca presentar el comportamiento general de las Escuelas participantes hasta la fecha en el proceso, como elemento orientador en el proceso de cambio sin pretender con esto, que las mismas constituyan una representación válida de la problemática de la Educación Médica en América Latina.

El análisis del perfil general de los atributos de las 50 Escuelas, muestra que este perfil se localiza dentro del escenario moderado.

La línea trazada en el valor del promedio general corresponde a un valor bajo dentro del escenario moderado y son escasos los valores que se apartan de la misma.

El horizonte trazado en el valor promedio nos permite visualizar el comportamiento diferencial de las diferentes categorías, así las categorías "estructura" y "función" presentan resultados más desarrollados que las categorías "contexto" e "integralidad", al situarse en su generalidad por arriba o por debajo, respectivamente, del horizonte promedio.

El atributo donde las Escuelas presentan mayor grado de desarrollo corresponde al referido a "Integración Docente-Asistencial" (No. 10), lo que sugiere que se ha avanzado en el sentido de la participación directa y temprana del alumno en la prestación de servicios de salud, en la priorización del nivel primario como espacio de aprendizaje y en la extensión a la totalidad de la Escuela, del proceso de trabajo en los servicios de salud y en la comunidad.

Es en este atributo que se encuentra el menor número de casos dentro del esce-

1952
14 FEB. 1950

nario incipiente (20 o/o) y al mismo tiempo, donde el número de casos que se localizan en el escenario avanzado lo hace uno de los más desarrollados (18 o/o). El atributo cuenta con el promedio más alto de toda la serie (5,59).

En la mayoría de los casos, los alumnos ven restringida su participación en el cuidado directo del paciente a una actividad ocasional y en grupo (58 o/o — IND. 32,48 o/o — IND. 34), mientras que en forma paralela, la experiencia a nivel de comunidad se ve restringida a las actividades en el departamento de medicina preventiva y social.

En un número importante de casos (38 o/o) las actividades clínicas son todavía de carácter demostrativo sin participación activa de los alumnos, y de ellas, en las dos terceras partes (22 o/o del total) esta demostración se desarrolla en grupo.

El aprendizaje se desarrolla exclusivamente en hospitales terciarios para el 24 o/o de las escuelas, mientras que en el 60 o/o de los casos, además de los hospitales terciarios, se incluyen visitas ocasionales a los servicios primarios y secundarios.

El segundo atributo más desarrollado es el No. 8 "Contenido programático"

El atributo está formulado buscando definir la orientación general del programa educativo, definirlo a través de la identificación del énfasis en el desarrollo de la capacidad de plantear y solucionar problemas de la importancia que sede al enfoque de salud colectiva, y de lo destacado de los aspectos médico sociales.

Las escuelas en su mayoría consideran que en los conceptos englobados en este atributo han alcanzado un cierto grado de desarrollo, el mismo arroja a uno de los promedios más altos (5,40) y los casos que se clasifican dentro del escenario incipiente (28 o/o) si bien numerosos, están por debajo del observado en otros atributos.

La información recogida indica que un número importante de escuelas (36 o/o) dirige su enseñanza exclusivamente a los aspectos de naturaleza biomédica, mientras que un grupo mayor (44 o/o) incluye aspectos médico sociales en sus programas.

La unidad de estudio hacia la cual las escuelas orientan sus actividades, continúa siendo esencialmente el individuo en la mayoría de los casos (82 o/o), al tiempo que un sector minoritario (18 o/o) se orienta fundamentalmente a la salud colectiva.

En general se continúa enfatizando la información básica factual en la gran mayoría de las escuelas (86 o/o) mientras que en un número menor (56 o/o) se facilita al mismo tiempo el desarrollo de las actitudes y habilidades del estudiante. Continúan siendo una minoría las escuelas que intentan desarrollar la capacidad para la

conceptualización y solución de problemas (14 o/o).

Otro atributo valorado por encima de los demás es el No. 5
"Base poblacional y participación"

El atributo engloba algunos elementos que tienen que ver con la participación de la escuela en los servicios de salud, e intenta definir la forma en que la institución educativa se involucra en el proceso de prestación de servicios.

Las escuelas en general consideran que cuentan con un relativo desarrollo en los procesos comprendidos en el atributo, (5,33 como promedio general) ya que sólo el 30 o/o se localiza en el escenario incipiente y un 22 o/o lo hace en el escenario avanzado.

La información disponible indica que son muy escasas las escuelas donde se colabora con los servicios a través de la asesoría o integración con los mismos para su planificación y evaluación, siendo que la mayoría de las escuelas (56 o/o) no participa en absoluto en la planificación de los servicios de salud.

En cuanto a la población que una escuela tiene como área de influencia, las escuelas analizadas se dividen en cantidades similares para los tres escenarios con ligera predominancia del incipiente; es decir que un 42 o/o de las escuelas no cuenta con una población específica como área de influencia; un 30 o/o cuenta con una población de referencia de tamaño reducido que se utiliza como modelo; y un 28 o/o cuenta con una población de referencia amplia y con una estructura de servicios de salud organizado para darle cobertura adecuada.

El atributo No. 1 "Análisis de Situación" es de los que presentaron un promedio relativamente alto

El atributo está construido intentando representar algunos de los aspectos determinantes para la situación de salud, la práctica en salud y la educación médica que una facultad o escuela debe considerar de una u otra forma en su programación curricular.

Las escuelas en la mayoría se han clasificado dentro del escenario moderado para este atributo (58 o/o de los casos) mientras que los indicadores que lo componen presentan diferentes comportamientos.

Si bien todos los promedios, tanto del atributo como de los cinco indicadores que lo componen, se encuentran dentro del escenario moderado y con valores muy próximos entre sí, es de hacer notar que el indicador "Organización de los servicios" es el de menor desarrollo. Así mismo, es el que tiene mayor número de observaciones dentro del escenario incipiente. Esta distribución permite afirmar que más

de la mitad de las escuelas consideran, que no jerarquizan suficientemente la demanda cualitativa de profesionales médicos, en lo que tiene que ver con la demanda por niveles de atención, por lo cual no han adecuado su programación curricular para desarrollar en los futuros profesionales la capacidad de actuar en todos los niveles.

La visión que tienen las escuelas de la revisión de la situación demográfica y de salud (indicadores No. 1 y 3) muestra que en la mayoría de ellas estos elementos se consideran en forma fragmentaria en la programación curricular (54 o/o y 52 o/o respectivamente, localizadas en el escenario moderado).

Los aspectos relativos al grado de desarrollo tecnológico son de consideración de las escuelas sólo en una dimensión instrumental, siendo muy escasas las que realizan un análisis crítico de la tecnología en uso en la práctica clínica (indicador No. 5,66 o/o en escenario moderado).

El indicador donde las escuelas presentan un comportamiento más prospectivo, dentro del atributo, es el referido al reconocimiento de la situación socioeconómica como determinante de la problemática de salud, en el que un buen número de las escuelas se localiza en el escenario avanzado (indicador No. 2,26 o/o en escenario avanzado), siendo el indicador que presenta el promedio más alto dentro del atributo (5,80). Lo que significa que dos de cada tres de las escuelas reconoce la salud, mientras que sólo una cuarta parte trata de orientar el proceso formativo, tomando en cuenta esa concepción.

El desarrollo más incipiente aparecen en el atributo "Financiamiento" (No. 14), que informa que las Escuelas no han conseguido dirigir su presupuesto de forma que refleje sus prioridades programáticas y carecen de financiación extrapresupuestal.

El atributo está formulado en el sentido de identificar la capacidad de las escuelas de orientar su presupuesto hacia sus prioridades programáticas, más que a una visualización de la suficiencia de dicho presupuesto. Al mismo tiempo se incluye el posible acceso a fondos extrapresupuestales.

Este atributo ha sido el que las escuelas han reconocido sistemáticamente como de menor desarrollo, contando con el promedio más bajo de la serie (3,41) y es donde consecuentemente más escuelas se han localizado dentro del escenario incipiente.

La incapacidad que la mayoría de las escuelas reconoce de orientar su presupuesto hacia sus fines y programas (74 o/o), está asociada a una falta de acceso a fondos extrapresupuestales (64 o/o).

Un 20 o/o de las escuelas afirma que algunas cátedras o departamentos consiguen orientar el presupuesto de forma que éste refleje sus propios intereses más que el compromiso de la institución con las necesidades de salud de la población.

El segundo atributo de menor desarrollo es el No. 2 "Práctica Médica"

El atributo resume los aspectos fundamentales que definen y condicionan la práctica médica. El futuro profesional, ha de desarrollar su práctica dentro de aquellos marcos, y lo podrá hacer ignorándolos o tratando de orientar sus actividades según sus propias definiciones. La facultad puede reconocer dichos marcos e intentar promover en los estudiantes similar visión o permanecer ajena a esa constatación.

En general las escuelas tienden a clasificarse en el escenario incipiente (56 o/o), lo que dá a este atributo uno de los promedios más bajos (4,20).

El comportamiento de las escuelas organizado por indicadores reafirman la idea de que los conceptos englobados en este atributo son considerados por las escuelas de forma incipiente (en todos los indicadores predomina el escenario incipiente).

Las escuelas o facultades no consideran, salvo excepciones, el problema del empleo médico en la determinación del número de ingresantes, el 78 o/o de estas se localizó en el escenario incipiente y sólo 8 o/o en el moderado. Es de destacar que un número limitado de escuelas (14 o/o) adecúa su ingreso a lo que reconoce como las necesidades de salud de la población de su área de influencia.

La mitad de las escuelas (56 o/o) considera que refleja la importancia de una orientación de la práctica de la medicina general, mientras que el resto considera que su programación estimula la especialización temprana en el futuro profesional.

Otro atributo donde las escuelas no consideran haberse desarrollado es el No. 3 "Formación previa"

El atributo gira alrededor de la idea de la calidad de la capacitación previa de los estudiantes y del sistema de selección al ingreso que la Facultad o escuela tengan. En estos indicadores las escuelas reconocen que no han alcanzado gran desarrollo, lo que se manifiesta en un promedio general del atributo relativamente bajo (4,47) y en que un número alto de las escuelas se clasificó en el escenario incipiente (42 o/o).

La mayoría de las escuelas sólo utiliza para la selección al ingreso el criterio del rendimiento académico previo (54 o/o de los casos en el escenario incipiente en el indicador No. 10).

La orientación general de la formación previa, es un factor externo a la escuela que la mitad de las mismas reconoce como constituido sólo por cursos del área de las ciencias naturales, mientras que un 20 o/o de los casos considera que estos cursos previos incluyen ciencias sociales y naturales al mismo tiempo, si bien estos últimos tendrían mayor peso.

Un grupo importante de las escuelas (42 o/o) reconoce que en el examen de ingreso que se aplica a sus estudiantes, sólo abarca asuntos de memorización de información, y sólo un 12 o/o incluye en ellos cuestiones que demandan razonamiento crítico.

Un análisis más depurado, basado en el registro de cada Escuela, de los dos atributos más desarrollados y de los dos menos desarrollados, nos permite ver la consistencia de la afirmación anterior.

Los atributos donde mayor grado de desarrollo se ha alcanzado en cada Escuela, corresponden en la mayoría de los casos a los siguientes:

- No. 10 Integración Docente Asistencial
- No. 5 Base Poblacional y Participación
- No. 6 Capacitación Personal Docente

Como se puede observar, es en el área de la participación en los servicios donde las Escuelas entienden haber avanzado en forma más marcada. En este sentido, al atributo de "Integración Docente Asistencial" como el más desarrollado, le sigue el referido a "Base Poblacional y Participación", que incluye conceptos convergentes con la idea de participación en los servicios.

La valorización que se da al desarrollo alcanzado en el área de la "Capacitación Docente" responde, fundamentalmente a la capacitación técnica a nivel de postgrado con que cuenta un sector importante del cuerpo docente y en menor medida, a la organización esporádica por parte de las Escuelas, de actividades dirigidas al mejoramiento de la capacidad docente.

Por su parte los atributos de menor desarrollo relativo son los siguientes:

- No. 14 Financiamiento
- No. 2 Práctica Médica
- No. 3 Formación Previa

Esta información refuerza la anterior observación que afirmaba las dificultades que manifestaban las Escuelas, en cuanto a la orientación de su presupuesto real en base a sus prioridades programáticas.

El análisis de las características de la práctica médica y la incorporación de esos elementos a la orientación del programa de orientación profesional, aparece como un elemento pobremente desarrollado, junto a las características de la formación previa de los estudiantes y del examen de ingreso que utilizan las Escuelas. Cabe recordar, en cuanto al atributo de práctica médica, que su comportamiento general responde en gran medida a la poca importancia que las Escuelas dan a la adecuación del ingreso a las posibilidades de empleo o a las necesidades de profesionales médi-

cos en su zona de influencia, el atributo "Formación Previa" está determinado por la utilización, por parte de las Escuelas, del rendimiento académico previo al ingreso como elemento sustancial en los criterios de admisión.

Es de hacer notar que los atributos localizados como cuarto y quinto, tanto dentro de los más desarrollados como de los más incipientes, son los mismos en ambos casos. Los atributos "Información Bibliográfica" (No. 12) y "Desarrollo Educativo" (No. 13), forman parte de los dos más desarrollados para 10 y 11 Escuelas, respectivamente, mientras al mismo tiempo forman parte de los elementos menos desarrollados para 9 Escuelas. Esta situación significa que los elementos comprendidos dentro de estos atributos tienen una tendencia polar, es decir que las Escuelas desarrollan o no estos aspectos, siendo relativamente menos habituales los desarrollos de un grado intermedio.

En análisis del perfil por atributos (Gráfico No. 1), indica al atributo referido a "Contenido Programático" (No. *) como uno de los más desarrollados en el promedio general, sin embargo este elemento aparece como uno de los más desarrollados (Cuadro No. 1) en sólo 6 de las Escuelas, lo que demuestra que el promedio alto está determinado por el grado de desarrollo alcanzado por unas pocas Escuelas, más que por un comportamiento general de las mismas.

Llaman la atención los atributos No. 12 "Información Biomédica" y No. 13 "Desarrollo Educativo" que en el perfil general se encuentran entre los valores más bajos, pero que al mismo tiempo constituyen atributos desarrollados para 11 y 8 Escuelas, respectivamente.

La visión comparada de la frecuencia por Escuela de los atributos e indicadores más desarrollados y críticos, respectivamente, permite identificar las áreas donde es necesario intervenir.

El atributo No. 2 referido a la "Práctica Médica" y dentro de los indicadores que corresponden al desarrollo de una visión crítica de los elementos económicos que determinan al modelo dominante de aquella práctica (indicador No. 6) así como la determinación del número de ingresantes en base a las condiciones "externas" a la facultad, constituyen áreas donde las Escuelas reconocen en un mayor número su necesidad de desarrollo.

Los elementos que se agrupan en el atributo de "Formación Previa" No. 3 y en especial el desarrollo del proceso de selección, que tiende a operar solamente sobre pautas que incluyen al rendimiento académico previo y el desarrollo del examen de ingreso, basado apenas sobre elementos que valoran la memorización (indicadores Nos. 10 y 11), constituyen sendas áreas de trabajo para un número importante de Escuelas.

Los aspectos de financiamiento (atributo No. 14), tanto en lo que tiene que ver

con el desarrollo de la capacidad de formular y utilizar el presupuesto en función de las orientaciones programáticas, como el desarrollo de la capacidad de obtención de fondos extrapresupuestales, constituyen otras áreas prioritarias para la acción.

La superación de las barreras de la estructura organizativa de las Escuelas significan otra área de prioridad para la acción, en la medida en que el desarrollo de mecanismos de integración interdisciplinaria (indicador No. 13) y la desaparición de las barreras estructurales constituyen áreas críticas para un grupo predominante de Escuelas. Dentro del mismo aspecto, las barreras disciplinarias impiden una integración del conocimiento que se busca impartir a los estudiantes (indicador No. 21).

El desarrollo de mecanismos de flexibilización de la estructura orgánica de la Escuela (indicador No. 12) constituye un problema para sólo 10 de ellas, a pesar de constituir uno de los indicadores de menor valor (Gráfico No. 4), mientras sólo una considera que ha alcanzado un desarrollo considerable en este sentido.

La información disponible indica que un área donde las Escuelas entienden haber alcanzado un importante desarrollo es en la integración de los equipos docente y de servicios (indicador No. 16 "Participación de profesores y médicos asistenciales"), siendo el indicador que más Escuelas (22) consideran desarrollado y ninguna lo considera como área crítica.

La participación de las Escuelas en las actividades de planificación y evaluación de los servicios (indicador No. 17 "Planificación conjunta del Sistema de Salud") es considerado un indicador crítico por 23 Escuelas, lo cual concuerda con su bajo valor promedial, indicando que en un número importante de los casos, la participación en los servicios se realiza al utilizarlos como área de práctica, pero sin comprometerse ambas instituciones en una acción común.

El grado de integración de las diferentes áreas del conocimiento (indicador No. 21 "Morfofuncional normal y patológico") constituye área crítica, es decir de pobre desarrollo para 18 Escuelas, lo que contrasta con el grado de integración alcanzado en las áreas clínicas donde sí parecen haberse desarrollado en mayor grado.

La actividad docente conjunta para diversas profesiones durante el proceso de formación, constituye área crítica para 28 Escuelas. Dicho en otros términos, en un número importante de Escuelas, las barreras profesionales impiden la actividad conjunta en el momento educativo.

El área de financiamiento (Atributo No. 14 "Financiación", indicadores No. 42 "Adecuado Presupuesto" y No. 43 "Acceso extrapresupuestario"), constituye un área de sistemática preocupación, siendo que 30 y 28 Escuelas las consideran áreas críticas, respectivamente, de lo que se desprende que el poder desarrollar la capacidad de las Escuelas de orientar su presupuesto en función de sus opciones programáticas constituye un área prioritaria.

"LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA: ANALISIS PROSPECTIVO"

Dr. Manuel Reyes Rodríguez*

I. LA EDUCACION MEDICA

"La práctica médica está ligada a la transformación del proceso de producción económica. En otras palabras, la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social".

"La estructura social no sólo determina el lugar de la práctica médica en la estructura social, sino también el rango y la importancia de todos los elementos que componen el todo social. Esta determinación no corresponde a una causalidad simple, sino a una de tipo estructural: La determinación en última instancia, de lo económico sobre otros elementos consiste en abrir un espacio fuera del alcance de su propia acción, es decir permitir una autonomía relativa donde entren en juego otras causas y efectos. La medicina se articula, entonces en forma diferente en la estructura social según el modo de producción económica".

Así expresa el Dr. Juan César García en su excelente estudio, *La Educación Médica en la América Latina*, publicado en 1972, en el cual se evalúa la enseñanza de la medicina en los aspectos preventivos y sociales en nuestros países latinoamericanos, se realiza un análisis del proceso de formación de médicos, y su conexión con la práctica médica y la estructura social.

Preocupación constante de las Facultades de Medicina de América Latina, ha sido la Educación Médica, múltiples reuniones, asambleas, foros y conferencias se han realizado para analizar y discutir este importante aspecto del accionar de las

instituciones formadoras de recursos humanos en Salud, especialmente médicos.

Así en la XI Conferencia de la UDUAL, realizada en Puebla—México en 1979 se expresaba que la educación médica debía estar encaminada a formar un médico general, con formación humanista e integral, con capacidad para dirigir el equipo de salud y convertirse en un líder para el desarrollo de la comunidad, con disposición a trabajar, en centros de menor desarrollo urbano, a fin de ampliar la cobertura de atención médica, en esa época como en la actual centralizada en las grandes urbes.

No obstante el criterio unánime y el propósito común de la mayoría de países latinoamericanos, “predomina la tendencia a la especialización; los médicos continúan concentrados en las principales ciudades; el trabajo del médico mantiene una orientación eminentemente curativa con muy poco énfasis en los aspectos preventivos. El médico continúa trabajando como un artesano solitario o asociado con otros médicos especialistas, situación que es muy diferente a integrar, y dirigir un equipo multidisciplinario de trabajadores en el campo de la salud”.

Situación que sin temor a equivocarse pensamos que sigue manteniéndose en la gran mayoría de países latinoamericanos.

Es por lo tanto la meta que no han alcanzado las Facultades de Medicina en lo que tiene relación a la formación de recursos médicos con las características y los propósitos que se establecieron, hace algunos años y que se recogieron en la conferencia de México.

Existen diversos factores que inciden en la formación de los médicos, y en la enseñanza de la Medicina, que tienen directa relación con la estructura de la sociedad como un factor negativo fundamental, con la estructura de los organismos de salud, con la manera en que se ejerce la medicina, ejercicio que está vinculado a la estructura hospitalaria y a los patrones culturales de los grupos sociales dominantes. Otro factor importante es la conformación del cuerpo docente, que en una gran proporción se halla constituido por especialistas, dándose el hecho contradictorio de querer dejar en manos de ellos la formación del médico general que Latinoamérica necesita.

Las Facultades de Ciencias Médicas a lo interno, pueden corregir sus defectos tanto en la utilización de la estructura de salud, en la composición del profesorado a nivel de pre-grado, dando menor participación a los especialistas, sobre todo a los de áreas muy restringidas y sofisticadas, sin embargo está fuera de su alcance corregir los factores estructurales de la sociedad y del sistema de Salud de su país.

“La Universidad evidentemente no está en condiciones por sí misma de cambiar la política de salud de los países, de modificar la estructura del sistema hospitalario, ni de dar prioridad presupuestal al sector salud.

No es suficiente pues que las Facultades de Medicina declaren que el médico que el país necesita es el médico general, con las características ya mencionadas, cuando la estructura social del país otorga la máxima preferencia al especialista y relega al médico general a un modesto segundo plano; cuando la estructura hospitalaria otorga mayores beneficios económicos y científicos a los especialistas; cuando el propio cuadro de profesores está constituido fundamentalmente por especialistas”.

Pero tales cambios pueden realizarlos el grupo social dominante que ostenta el poder político y puede cambiar la estructura social y económica de un país.

Esta es la razón por la que los avances más trascendentales y significativos en el campo de la salud se ha logrado en los países en los que ha existido y existen cambios profundos en su estructura tanto social como económica.

Debemos manifestar sin embargo que la especialización ha originado casi todos los grandes adelantos de la medicina, y es necesario, y si cabe el término indispensable en el desarrollo y la prestación de salud en nuestros países, lo que sucede es que debe ser utilizada adecuadamente en el proceso de enseñanza—aprendizaje de la medicina.

Juan César García expresaba que: “el modo dominante de producción de servicios de una economía de mercado, necesita médicos especializados. Sin embargo las Escuelas de Medicina siguen manteniendo como objetivo la formación de un médico general. De hecho sucede que los profesores son especialistas y que su enseñanza entra en conflicto con las metas señaladas. Por otra parte los estudiantes presionados por el mercado de trabajo se inclinan prematuramente hacia una especialidad, donde los de mayor prestigio en la práctica médica atraen el mayor número de postulantes y a los mejores preparados”.

Existen también factores internos de las Instituciones formadoras de médicos, que inciden en la educación, entre las que podemos anotar las siguientes:

1. Objetivos educacionales, imprecisos, inexistentes. O inclusive ausencia de objetivos específicos en una gran cantidad de escuelas. Objetivos de asignaturas que predominan sobre los objetivos de las escuelas.
2. Currículos con contenidos programáticos en los que predominan las materias de especialidad. Existen currículos con marcada división entre las disciplinas básicas y clínicas, con cátedras y departamentos de medicina preventiva y social independientes de las anteriores o actuando en tercera línea.
3. Experiencias educativas alejadas de la realidad. Así se realiza una enseñanza intrahospitalaria o en centros especializados, sin que el estudiante pueda entrar en contacto con la comunidad y con la gran mayoría de personas con las cuales posteriormente debería atender como médico general. Su formación no se hace pues a nivel de centros de salud y en Consulta Externa. No hay una orientación científica y social del estudiante hacia el individuo como un com-

ponente de su contexto comunitario y familiar.

No existen por otra parte, en muchos casos experiencias de estudio y trabajo.

4. Metodología y Organización.— Hay falta de conexión inmediata entre la enseñanza de la teoría y su aplicación a la realidad, esto hace que “el alumno olvide rápidamente la información recibida y obliga a los profesores en la clínica a repetir lo que el estudiante frecuentemente no recuerda”. Existe por lo tanto falta de integración de cátedras y disciplinas que pueden de mejor manera ser utilizadas en la enseñanza de la medicina. No hay así una metodología adecuada para obtener los objetivos general y específicos de las escuelas.

En relación con la educación médica en los últimos veinticinco años se han puesto de manifiesto dos hechos importantes:

Según el doctor Carlos Alberto Moros Gheri, expositor en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina:

- “1. Se han puesto una serie de modificaciones sobre educación médica: sustitución de las cátedras por departamentos, integración de las ciencias básicas entre sí y con la enseñanza clínica, enseñanza de medicina comunitaria, preventiva y social.

Cambios en la metodología y utilización de tecnología educativa, uso de los organismos de atención médica y de seguridad social o similares, para la enseñanza de la medicina; y,

2. Han surgido algunos planes de estudios basados en las realidades de América Latina. Se mencionan el Plan de la Universidad de La Habana; el Plan A-36; el Plan de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco de la Universidad de Brasilia; de la Universidad de San Carlos de Guatemala; de la Universidad Nacional de Costa Rica.

Todos estos planes pueden haberse mantenido o desarrollado como alternativas para mejorar la enseñanza de medicina o de darle otra orientación en nuestros países latinoamericanos.

Desde años atrás se ha venido fortaleciendo y continúa haciéndolo la tesis y el criterio de que “las Escuelas de América Latina han de buscar sus propias soluciones a través de un proceso creativo y profundamente crítico, sustentado en su propia realidad y en las exigencias de la sociedad en la cual tiene su asiento”.

Es pues complejo el proceso de enseñanza—aprendizaje en la formación de recursos humanos en salud, en especial de médicos en nuestros países de América Latina. Debemos considerar que la educación médica no es “solamente un sistema pedagógico productor de médicos, sino un poderoso mecanismo que impulsa el desarrollo económico y social, ya que genera mejores condiciones de bienestar; con esto, se incrementa así la producción y desarrollo cultural del país. Involucra innumerables aspectos relacionados íntimamente y constituye a todos los niveles, la más comple-

ja problemática. Las instituciones formadoras de médicos son la base de la educación médica, ya que deben formarlos con la capacidad de prestar servicios de buena calidad. Los medios físicos, los sistemas y programas de salud pueden ser los mejores y, si los recursos humanos son malos, convertirse en inútiles”.

En la actualidad el médico debe ser un técnico y científico que conozca la realidad nacional, que conozca los aspectos de salud—enfermedad, que pueda desarrollar acciones de prevención, de medicina social, que realice investigación y siempre como elemento fundamental posea un amplio compromiso social, y de servicio a su pueblo.

Es importante en la discusión de la educación médica en América Latina, el referirse al problema ocupacional de los médicos en la región.

En el período de 1960 a 1980, el número de médicos en América Latina se incrementó de 111.024 a 311.317 (274 o/o) y la razón de médicos por 10.000 habitantes subió de 5,4 a 9,2 es decir casi se duplicó. En Norteamérica, en el mismo período ascendió de 13,2 a 16,8.

Las razones entre médicos y población mantienen una fuerte tendencia a crecer en todos los países, este incremento supera el del producto bruto interno.

Según la Organización Mundial de la Salud la cantidad de médicos varía en las Américas de 11,6 en 1980 a 5,5 en 1986 por cada 10.000 habitantes.

Es cierto que algunas zonas del mundo en desarrollo, entre ellas Latinoamérica, empiezan a ser atendidas por agentes de salud capacitados, pero “escasean los médicos dentistas y enfermeras, que aún tienden a concentrarse en los barrios ricos. Con demasiada frecuencia se comprueba que el 80 o/o de personal de salud adiestrado trabaja en las ciudades, mientras el 80 o/o de la población vive en el campo”. En algunos países inclusive se sigue produciendo el llamado “éxodo intelectual”, el mismo que tiene una tendencia a decretar en los últimos años. Se han propuesto algunas acciones para tratar y resolver el problema de subempleo y desempleo y que van desde la toma de conciencia del problema que tiende a agravarse; realizar estudios de mercado profesional que incluyan relación entre productividad y niveles de educación; realizar el análisis de los resultados de las investigaciones entre empleo y salarios, desequilibrios de oferta y demanda, mercado educativo y de trabajo, etc. y hacer una planeación y racionalización de la capacitación y producción de los recursos médicos.

En nuestros países con profunda dependencia en cuanto al conocimiento y desarrollo tecnológico en áreas como la salud, cobra importancia el crecimiento del sistema educativo universitario, si bien ha dado en algunos países en desarrollo respuesta a la demanda social, ha generado también un desequilibrio entre la oferta y la demanda de fuerza de trabajo. “De esto se deriva entonces el fenómeno del de-

empleo y subempleo profesional, con un aparente y relativo "exceso" de profesionales en determinados campos de la salud".

Se admite por lo tanto que existe desocupación médica, pero si se realiza un análisis mesurado de la situación podemos observar, por ejemplo la concentración en centros poblados de mayor importancia, la no utilización de los recursos médicos por parte del estado, la no aplicación correcta de las leyes, la insuficiente infraestructura de salud y el bajo presupuesto con que cuentan los Ministerios de Salud en muchos casos, pueden determinar el desempleo y subempleo en nuestros países.

En el caso de Ecuador por ejemplo "se admite sin mayor análisis que existe desocupación médica. Sin embargo, a poco que se profundiza en la cuestión se encuentran situaciones como esta: de los 12.000 médicos en capacidad de ejercer su profesión en el Ecuador, tan solamente 1.600 están empleados por el Ministerio de Salud Pública y la mayor parte de ellos tan sólo a un régimen de cuatro horas diarias, 1.200 médicos rurales enfrentan en condiciones muy desventajosas la atención a la salud de la población rural del país.

Podrá entonces hablarse con rigor de desocupación médica en el Ecuador, si el principal organismo estatal responsable de precautelar de modo integral la salud del 75 o/o de la población cuenta apenas con 1.600 médicos de planta y con 1.200 médicos rurales (un médico para 2.000 habitantes) trabajando en condiciones restringidas y con un régimen horario limitado o será más cierto hablar de incapacidad financiera de dicho organismo estatal a fin de ampliar su planta médica para siquiera aproximarse a los índices de médicos población admitidos internacionalmente?"

Por otro lado el fenómeno de subocupación o desocupación médica lleva implícito un análisis que debe ser no sólo en el sentido sino también cualitativo. Deben analizarse . . . el tipo de relaciones sociales, el momento económico que vive el país, el tipo de desarrollo, la tecnología usada, en fin es indispensable tener presente que el fenómeno mencionado tiene íntima relación con la estructura social y económica de nuestros países dependientes y con las formas de producción de nuestras sociedades subdesarrolladas.

La Educación Médica ha sido objeto de debates desde hace muchos años atrás en todo el mundo.

En el año 1984 tanto en la XIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, realizada con el auspicio de la UDUAL en Nicaragua y en la X Conferencia Panamericana de Educación Médica auspiciada por FAPAFEM en Colombia, se discutieron y analizaron temas relacionados con el futuro de la formación del recurso humano médico en nuestro contingente, así se expresaba por ejemplo el Sr. Vicerrector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, que "Hacer pronósticos no es tarea fácil sobre todo en una cuestión de la atención mé-

dica; pero se tiene presente algunas directrices del plan perspectivo para el año 2000 y los estudios efectuados al respecto por el Ministerio de Salud Pública, el modelo de rama de la Salud Pública Cubana y los resultados de la Comisión Nacional creada para tal propósito se puede hacer algunas predicciones”.

Se preveía de esta manera producir un perfeccionamiento y ampliación de la atención médica primaria en hospitales rurales, locales y policlínicos y postas rurales, etc.; el establecimiento de la especialización en medicina general integral y un nivel de atención médica por este especialista entre el policlínico y la comunidad. Con algunas otras orientaciones se señalaba que Cuba se “orientará posiblemente en el futuro hacia la formación de un médico general integral para todo egresado” y como una gran meta futura se planteaba la formación del médico como hombre socialista “con una personalidad diferente, socialista, embuída de un amor entrañable con su patria, odio sin cuartel para los enemigos de ésta; comprensión, solidaridad y ayuda a los pueblos hermanos; con una moral superior de trabajo y en sus relaciones con el pueblo, en la actividad de atención médica y en la vida en general; que se compenetre en forma colectiva y no individual”.

Esta meta establecía el compromiso de las Facultades de Medicina de Cuba a ser cumplidas en el próximo decenio. En la X Conferencia Panamericana de Educación Médica a que hemos hecho referencia, se manifiesta de parte del coordinador del programa de personal de salud de la OPS/OMS, Dr. Roberto Ferreira, “La formación médica como relevante, siempre y cuando, se oriente a las necesidades prioritarias de salud de la población en un contexto de la racionalización de los recursos disponibles para cubrir todos los niveles de atención en forma equilibrada, como plantea la próxima estrategia de atención primaria”. Entendiéndose que la atención primaria no es sinónimo de primer nivel de atención, y que no se puede interpretar como un programa de “medicina simplificada, o un programa adicional que se suma a los ya existentes, sólo con la finalidad de atender a minorías menos favorecidas”.

Se manifiesta por lo tanto que debe orientarse la formación futura de los médicos hacia la promoción de la salud, la rehabilitación con acciones a nivel de pregrado de nivel primario y secundario y proporcionando una adecuada preparación general que habilite a los egresados a ejercer la medicina general o seguir en el postgrado la especialización en el nivel terciario de atención. Además se sugiere énfasis en aprendizaje práctico, en consulta externa, orientación autoinstruccional, una clara definición de perfiles ocupacionales, niveles de competencia requeridos y una adecuada evaluación del desempeño profesional, etc. Se puede apreciar por lo tanto que la educación médica futura en ciertos países, se halla condicionada a la situación social, económica y política en que se desarrollan las Facultades de Medicina como instituciones formadoras de este recurso de salud, así pues entendemos que es complejo el encontrar soluciones prospectivas en la formación de nuestros médicos y que se relacionan íntimamente con aspectos que parcialmente hemos mencionado.

Debe tenerse en cuenta "que los cambios en la práctica médica parten del cuestionamiento social del ejercicio profesional vigente y que la Universidad puede incidir en la transformación de esa práctica, mediante una estrategia educacional adecuada, que permita el reordenamiento del Saber acumulado, la construcción de un nuevo Saber acumulado, la comprensión de la inserción social de la práctica médica y de incidencia sobre las relaciones sociales de producción en que está inmersa la práctica médica y su objetivo".

II. ANALISIS Y ALTERNATIVAS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LOJA

En atención a lo solicitado por los organizadores de la presente XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, trataremos de hacer un somero diagnóstico de la problemática detectada en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Loja y analizar posibles alternativas de solución a los problemas planteados.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Loja, se crea en el año 1969, respondiendo a una necesidad muy sentida del pueblo lojano y con el informe favorable de la Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica. Se inicia a partir del año lectivo: 1969—1970, con la Escuela de Medicina Humana, y con su primer curso de estudios regulares. El H. Consejo Universitario de ese entonces resuelve la creación de la Facultad de Ciencias Médicas "con motivo del crecimiento inusitado de la población estudiantil de la provincia y región, a fin de orientar y dar oportunidades a la juventud estudiosa hacia los nuevos requerimientos del desarrollo económico del país".

En el año de 1977 se crea la Escuela de Enfermería. Entre sus fines específicos la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Loja, persigue a través de la Escuela de Medicina: formar médicos capacitados para diagnosticar, prevenir, mantener y fomentar la salud del individuo y de la sociedad, tomando en cuenta al hombre como una unidad biopsicosocial, fomentando entre sus alumnos el espíritu de investigación científica, la integración a la comunidad a través de un proceso de enseñanza aprendizaje crítico y reflexivo, que se encuadre en la realidad nacional y por intermedio de la extensión y difusión universitaria respectivamente.

La Facultad de Ciencias Médicas tiene su sede en la Provincia de Loja, al sur del país, provincia que limita con el Perú; tiene una extensión de 10.793 km², con una población total para 1986 de 404.036 habitantes, con un 37 o/o localizada en el área urbana y con el 62.7 o/o en la zona rural, poseía una población económicamente activa para 1982 de 34.8 o/o la urbana y 65.2 o/o la rural. La población alfabetizada en 1986 era la urbana 7.3 o/o y la rural 49 o/o.

El número de habitantes por médico a 1984 era de 1.41. La tasa de natalidad es de 22 a 32 por 1.000 habitantes.

Posee menos de 5.2 médicos por 10.000 habitantes, una tasa de mortalidad general de 3.1 a 5.6 por 1.000 habitantes, de mortalidad infantil por EDA que es menor del 42 por cien mil habitantes.

El desarrollo industrial, artesanal y económico en general es bajo y se considera a la provincia de Loja como una región deprimida en diversos aspectos, sumándose a lo anotado la poca e inveterada desatención a la misma por parte del estado.

ESTRUCTURA ACADEMICA ADMINISTRATIVA

La Escuela de Medicina de la Facultad posee desde su inicio una estructura departamental, habiendo iniciado sus actividades con un solo departamento, en 1972 contaba con tres departamentos y en la actualidad dispone de diez departamentos académicos y cuatro departamentos de apoyo que cumplen funciones específicas. Ha existido pues un incremento notable en el número de departamentos, hecho notable y motivo de preocupación es la poca coordinación e integración que ha existido y existe tanto a nivel vertical y horizontal entre los diferentes departamentos.

ASPECTO DOCENTE

La Escuela cuenta con 81 profesores, que de acuerdo a su designación son principales, agregados, auxiliares y accidentales.

En 95.1 o/o de los docentes son profesionales médicos, y el 4.9 o/o son docentes ajenos al campo de la medicina que tienen a su cargo materias de formación académica general.

Existe un considerable número de Especialistas con formación tanto en el país como en el exterior. La Facultad ha enviado a especializarse a 14 profesores en distintas áreas de la medicina. Cuenta con tres profesores que han realizado Docencia Universitaria e Investigación.

Los postgradistas formados con auspicio de la Facultad constituyen el 20.2 o/o del total de docentes de la Escuela de Medicina.

Actualmente se hallan en comisión de servicios ocho profesores realizando cursos de postgrado de larga duración.

No se ha realizado un estudio para evaluar el peso que tiene en la formación del médico general el hecho de la existencia de cátedras que son manejadas por especialistas y que puede de alguna manera incidir en la educación médica que estamos impartiendo. Debemos mencionar que la especialidad surgió como una necesidad tanto de la Facultad y de la provincia de Loja y su zona de influencia, puesto que hasta antes de la existencia y funcionamiento de la Facultad prácticamente no existían especialistas en nuestra región.

POBLACION ESTUDIANTIL

La Escuela de Medicina cuenta en la actualidad con 423 estudiantes. En el año lectivo 1969—1971 se matricularon 108 estudiantes, la matrícula siguió creciendo hasta el año 1981—1982, en el cual se matricularon 552 estudiantes y luego comienza a decrecer la matrícula hasta el año 1985—86 en el cual se matriculan 428 alumnos. Es interesante analizar este aspecto que estimamos se presenta también en otras Facultades de Ciencias Médicas del país y que puede deberse a muchos factores entre los cuales podemos citar: la creación de nuevas especialidades en la Universidad Nacional de Loja, como Psicorrehabilitación, la búsqueda de carreras técnicas en otras áreas, la posibilidad de optar por carreras intermedias y también por que no decirlo la percepción que tienen los aspirantes a no encontrar mercado de trabajo luego de largos estudios y de su egresamiento de la Escuela de Medicina; este es un fenómeno que merece un estudio profundo, en busca de solución a la problemática planteada.

FORMACION PROFESIONAL

La Escuela de Medicina durante sus 18 años de existencia ha graduado 361 profesionales médicos, o sea “el 1 o/o de la población de la provincia de Loja” de lo cual se puede “deducir fácilmente que la necesidad de médicos en la provincia de Loja es elevada”. Sin embargo de lo cual, no existe una adecuada infraestructura de salud y existen altas tasas de morbi-mortalidad; presentándose también el problema del desempleo médico.

No se puede determinar con exactitud el porcentaje de egresados de nuestra Escuela de Medicina que se encuentran sin ocupación. En un sondeo realizado con los graduados de la promoción 1983—84 se puede apreciar que de 54 egresados solamente 28 se encuentran trabajando, constituyendo por lo tanto el 51.8 o/o del total de estudiantes que se incorporaron al Cuerpo Médico del País en nuestra Facultad. En estudios realizados en la provincia de Loja, se observa que de un total de 230 médicos encuestados en 1985, el 77 o/o se encuentran empleados y subempleados y un 23 o/o sin función de dependencia. Es así mismo preocupante esta situación que existe en el país y en especial en nuestra región al presentarse el hecho real, de que por un lado la Facultad gradúa profesionales y por otra parte el estado y las empresas privadas no pueden absorber los recursos humanos formados.

ANALISIS EDUCATIVO

En un estudio realizado y que fué presentado como ponencia en el VI Preseminario de Educación Médica en Loja, en 1986, se hace un análisis de la situación educacional en la Escuela de Medicina, anotándose lo siguiente: “de 884 alumnos nuevos matriculados en los diferentes años lectivos a primer curso, en un promedio de 30 o/o, esto es 265 estudiantes han culminado su carrera, existiendo diferentes por-

centajes en los diferentes períodos siendo el mínimo de 13 o/o y el mayor de 48 o/o, lo que nos demuestra alarmantemente que el 70 o/o es decir que cada 100 alumnos que ingresan a la Escuela de Medicina con el objeto de formarse profesionales médicos, 70 no logran dicha aspiración. Cifra preocupante que es necesario reflexionar ya que se está frustrando los anhelos de las personas, de la familia, de la sociedad, se desaprovecha los escuálidos recursos económicos que posee la Universidad, se impide de esta manera el avance científico y social de la provincia de Loja”.

El autor del estudio atribuye entre las causas a la deserción, a las pérdidas de año, la poca formación pedagógica del profesor, la forma de evaluar, el pènsum de estudios, falta de orientación vocacional adecuada, la no vinculación permanente de la teoría con la práctica, a la estructura curricular, y a la crisis del sistema.

Problemática que también debe ser investigada a fondo para buscar y encontrar soluciones a las mismas, a fin que de manera adecuada se pueda dar una nueva formación al estudiante, con un mejor perfil profesional.

DE LA DOCENCIA

La docencia se realiza en la Escuela de Medicina en los diferentes cursos, de acuerdo al pènsum vigente desde la creación de la Facultad, y que ha sufrido mínimas modificaciones. Se imparte enseñanza a través de conferencias o clases magistrales, de prácticas tipo tutorial con pequeños grupos con la presencia de pacientes, reuniones o discusiones de tipo grupal en pequeños porcentajes, prácticas presenciales también en laboratorios y gabinetes, en los antiguos y nuevos edificios.

Como áreas de práctica se utilizan el “Hospital Regional Isidro Ayora”, Centros y Subcentros de Salud y Hospitales Cantonales para los alumnos de Internado Rotativo; además el Centro Médico Popular de Motupe que funciona en convenio con la Dirección de Salud de Loja. Se ha procurado vincular a los estudiantes con la teoría y la práctica desde los primeros años a través de la cátedra de Primeros Auxilios y con la comunidad por medio del Centro Médico de Motupe y la Práctica Prerural en el año de Internado Rotativo que se realiza en los Hospitales Cantonales y en Subcentros de Loja y Zamora Chinchipe.

No se ha realizado una evaluación de estas áreas, en especial de la pre-rural para poder comprobar si se está cumpliendo con el objetivo general de las mismas.

CURRICULO Y PENSUM

A través de su currículum la Escuela de Medicina trata de cumplir con las funciones esenciales de la Universidad Nacional de Loja, expresadas en su Estatuto Orgánico, y que son: la Docencia, Investigación, Extensión y Difusión Cultural. Por medio de la Docencia contribuye a formar profesionales médicos. La investigación se hace

a través del Departamento correspondiente, que asesora a profesores y especialmente a estudiantes en la elaboración de trabajos para la obtención de su título correspondiente, y la extensión y difusión utilizando el Centro Médico Popular y los subcentros de Salud de la Provincia.

Pensamos que el currículo de la Escuela de Medicina sigue manteniendo la categoría de tradicional, no se ha logrado integrar totalmente las funciones universitarias, no hay una adecuada organización del plan de estudios, se parte creemos del conocimiento teórico para su aplicación. No ha existido un concienzudo estudio de la realidad nacional, regional y local para definir áreas prioritarias, cátedras y materias a las cuales dar el peso y la importancia debida en la formación profesional con un nuevo tipo de médico que responda a las necesidades de la población de mejor manera.

Las cátedras se encuentran agrupadas o distribuidas en áreas básicas, preclínicas y clínicas, existen materias sociales pero asoman como aspectos aislados, no tienen relación ni horizontal ni vertical con el resto de asignaturas. En un bosquejo de cambio curricular que se está preparando se expone por parte del autor que "los objetivos planteados no tienen relación entre sí. Está presente una automatización del conocimiento. No hay vinculación de la teoría con la práctica en términos de investigación y por ende de formación".

No existe una adecuada integración entre las diferentes materias del pénsum.

Se pueden mencionar como hechos positivos los pasos dados para vincular a la Facultad con los sectores populares, a través del Centro Médico Popular de Motupe, de las relaciones que se establecen con la comunidad con motivo de los cursos pre-universitarios, la práctica pre-rural y a través de la extensión universitaria. Si bien es cierto no existe bien desarrollada el área preventiva y comunitaria en la Escuela de Medicina, a través de algunas acciones un tanto aisladas la Escuela cumple con este cometido.

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

Se realiza mediante convenios con el Ministerio de Salud Pública y con la Dirección de Salud de Loja; mediante un acuerdo con el Hospital "Isidro Ayora", utilizándose para las prácticas la casa de salud mencionada, así como los Centros y Subcentros de Salud Provinciales. No ha sido posible realizar integración docente-asistencial con el IESS y las Fuerzas Armadas. Se utilizan también el Hospital y algunos Centros de Salud en la provincia de Zamora Chinchipe. Algunos profesores se encuentran adscritos al Hospital "Isidro Ayora" como médicos asociados. El departamento de Enseñanza Hospitalaria coordina las acciones docente-asistenciales.

ALTERNATIVAS

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Loja, plantea algunas alternativas y correctores que deberán ir en procura de una mejor formación de sus estudiantes, y en la producción de médicos y enfermeras que puedan cumplir a cabalidad con su compromiso social de servicio y comprometimiento con el pueblo.

En el caso particular de la Escuela de Medicina que hemos analizado, debe:

1. Implementarse un estudio actualizado, profundo, técnico y científico de la realidad local y regional, en sus aspectos sociales, económicos y de salud. De esta forma se podrá tener una mejor visión de la patología predominante, de sus causas y efectos y por lo tanto vislumbrar también el campo de acción profesional, realizar reajustes en su pénsam y modificar su currículum.
2. Con la reunión de todos estos criterios y la confrontación de las realidades, definirá de mejor manera su perfil profesional, a fin de que el médico formado sea capaz de emprender en acciones curativas, preventivas, de rehabilitación y mantenimiento de la salud; que se integre más amplia e íntimamente a la colectividad, a través de la práctica médica comunitaria y brinde servicios a la comunidad por medio de la extensión y difusión, desterrándose el concepto utilitarista de la práctica médica.
3. El médico formado deberá ser un individuo que pueda integrarse a la investigación científica en los aspectos sociales y de salud, a través del conocimiento de la metodología correspondiente y su aplicación práctica. Indudablemente se aspira a que se constituya en un agente muy importante del cambio de las estructuras socio-económicas obsoletas e injustas predominantes en nuestro país y en Latinoamérica.
4. Es necesario analizar la conveniencia de mantener o no la estructura departamental o si debe procederse a conformarse áreas o unidades integrales de estudio, que deben estar "orientadas a resolver los problemas planteados en el marco referencial y en donde el eje integrador sea la investigación".
5. Un cambio curricular debidamente estudiado y estructurado es otra alternativa que la Facultad tiene por delante, así como una mejor integración docente-asistencial.
6. El perfeccionamiento de los profesores en el área de metodología educacional, es una alternativa que debe retomarse, a fin de complementar los cursos que han sido proporcionados por la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina -AFEME-; y la mejor utilización del Centro de Post-grado de la Universidad Nacional de Loja.
7. La Facultad se encuentra estudiando la posibilidad de desarrollar la tecnolo-

gía médica y un centro de diagnóstico como alternativas futuras para la diversificación y el mejoramiento de la formación de los recursos humanos en salud.

A nivel nacional, las Facultades de Ciencias Médicas del país deberán afrontar y encontrar alternativas para los problemas que se presentan en la Educación Médica, y; que podrán ser:

1. La participación en el estudio y la discusión en la problemática de salud en el Ecuador, y sobre todo en el desarrollo de los planes que el estado implemente para su solución.
2. Analizar la formación del recurso humano médico tanto en cantidad como en calidad y su utilización por parte del estado de manera adecuada.
3. Impulsar la investigación científica como un eje integrador en la formación de sus recursos humanos y en la búsqueda de solución a los problemas de salud del país.
4. Las Facultades a través de AFEME como una alternativa urgente deben proceder a realizar una evaluación de las mismas, a fin de poder reorientar la formación y la utilización de sus estudiantes, que acuden a ellas en pos de preparación y de un futuro.

En el Preseminario de Educación Médica realizado en la ciudad de Loja en enero de 1986, el Sr. Presidente actual de AFEME, expresaba que "no cabe otra alternativa que luchar denodadamente por una transformación que permita la redistribución de los frutos de la riqueza nacional y la ejecución prioritaria de proyectos de interés público, tanto en lo económico como en lo social, de manera que se perfeccionen y se cumplan los objetivos que la sociedad se ha fijado como un todo; y entre ellos, el derecho universal a la salud, que sigue siendo un ideal, a todas luces inalcanzable en las condiciones de organización de la sociedad en que nos desenvolvemos actualmente".

Con lo cual estamos de acuerdo

BIBLIOGRAFIA

1. ARIAS RAMIREZ J.— Producción de Recurso Humano Médico y su utilización, X Conferencia Panamericana de Educación Médica.— FEPAFEM — ASCOFAME BOGOTÁ—COLOMBIA 1984.
2. CAMPOS REY DE CASTRO J.— La Situación de Salud y la enseñanza de la Medicina en América Latina, XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.— UDUAL MEXICO 1979.
3. DIAGNOSTICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LO-

- JA.— Departamento de Planeamiento Integral Universitario de la Universidad Nacional de Loja 1987.
4. DUARTE NÚÑEZ E.— Tendencias y perspectivas de las Investigaciones en Ciencias Sociales en Salud en América Latina; una visión general.— Ciencias Sociales y Salud en América Latina.— OPS — CIESU 1986.
 5. ESTADO ACTUAL DE LA EDUCACION MEDICA EN MEXICO.— Fotocopia proporcionada por Secretaría Ejecutiva de AFEME.
 6. ESTATUTO Y REGLAMENTOS UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA Y FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
 7. GARCIA JUAN C.— La Educación Médica en la América Latina.— OPS 1978.
 8. GARCIA JUAN C.— Consideraciones sobre el marco teórico de la Educación Médica.— Universidades AÑO XXI Tercera Serie No. 86 UDUAL MEXICO 1981.
 9. GONZALEZ S. MIGUEL, Escuela de Medicina Humana de Loja, Estructura Académica Administrativa. VI Preseminario de Educación Médica.— Editorial Universitaria CUDIC—UNL, LOJA enero de 1986.
 10. GRUESO ORTEGA R.— Recursos Humanos para la Salud en el año 2.000. X Conferencia Panamericana de Educación Médica.— FEPAFEM — ASCO-FAME. BOGOTA — COLOMBIA 1984.
 11. GUEVARA GILBERTO.— El Diseño Curricular UAM — XOCHIMILCO. MEXICO 1976.
 12. INFORME DECANO CIENCIAS MEDICAS LOJA A JUNTA DE FACULTAD.— Loja 1987.
 13. INFORMATIVO FACULTAD CIENCIAS MEDICAS UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, 1986.
 14. TAMAS FULOP.— Personal Sanitario para "la salud para todos". Progreso o estancamiento? Crónica de la OMS Vol. 40,5 1986.
 15. LLIZASTIGUI DUOUY F.— La formación del Médico Cubano para el próximo decenio.— Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana—Cuba.— XIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina — Nicaragua 1984.
 16. VASCO URIBE A.— Salud Medicina y Clases Sociales.— Ed. Medellín Colombia 1981.
 17. VILLAGRAN M. FRANCISCO.— Modelos Curriculares Alternativos en Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.— Universidades AÑO XXI Tercera Serie No. 86 UDUAL MEXICO 1981.
 18. YEPEZ RODRIGO.— Una mirada introspectiva a la Universidad.— La Formación de Médicos y la Salud del Pueblo.— Universidad Central del Ecuador.— Facultad de Ciencias Médicas, Quito-Ecuador 1985.

SESION "JUAN CESAR GARCIA, IN MEMORIAN"

Dr. Héctor Buschiazzo

Compañeros y amigos que nos acompañan en esta sesión solemne en homenaje a nuestro inolvidable compañero y amigo JUAN CESAR GARCIA:

A pedido de César Hermida y con profundo respeto acepté coordinar esta sesión, que honra la memoria de JUAN CESAR GARCIA.

Hace algo más de tres años, el 8 de junio de 1987, se produjo su fallecimiento a pesar de ello, su presencia persiste firme entre aquellos que tuvimos la ocasión y el privilegio de compartir, discutir y trabajar con él.

García tuvo un papel protagónico en varios campos de la educación médica y de las ciencias sociales y en el debate en torno a las tendencias para la conceptualización de la ciencia: la que intenta estudiar por separado los diferentes aspectos de la vida en el marco de las disciplinas sociales y la otra que procura integrar lo social con lo biológico.

El debate continúa todavía y el trabajo de García sigue alcanzando cada vez un reconocimiento más amplio en diversos círculos latinoamericanos tal como lo destacó José Romero Teruel en una sesión similar a ésta realizada en La Habana—Cuba en 1986.

A fin de peremnizar su pensamiento hemos constituido en Quito el Instituto que lleva su nombre. Consideramos que éste es el mejor homenaje que podemos hacer a su memoria.

Continuando esta sesión tendremos la satisfacción de escuchar la palabra de los distinguidos latinoamericanos que nos acompañan en la sesión y que conjuntamente con Juan César García han impulsado el pensamiento integrador en esta parte del mundo:

Entendemos que muchos de los latinoamericanos atendiendo un pedido especial del Profesor Benedito Philadelpho de Sigueira y solamente parte de su vida y de su obra, porque muchos aspectos y muchos compañeros no han sido siempre mencionados, algunos como José R. Ferreira, Diego Cabelo y otros aquí presentes a través del pensamiento y la palabra de ustedes hemos recordado parte de la vida y de la obra de este latinoamericano comprometido orgánicamente con los esfuerzos de liberación de nuestros pueblos en su vida y en su trabajo estuvo siempre vigente la presencia de Carlota Ríos, su querida esposa y compañera a quien dirigimos en esta oportunidad un cariñoso pensamiento.

Ella tuvo la decisión y la generosidad de donar la biblioteca personal de Juan César García para el Instituto organizado en su memoria.

Quiero agradecerles por su presencia y cerrar esta sesión con un párrafo del homenaje ofrecido por otro de los muchos compañeros y amigos de Juan César, el Dr. Antonio Meza Cuadra, del Perú en el primer número de la Revista "Sociedad y Salud": allí dice "más allá de nuestro dolor cuya hondura habría que soportar en silencio y con resignación, importa rescatar del maestro y del amigo lo que fue su testimonio, sus lúcidos aportes y sus fraternas enseñanzas. Todo ello nos lleva a entender que podemos haber perdido para siempre su calor humano, su amistad, su generosidad, sus tristezas y sus alegrías, pero que siguen vigentes su obra, su mensaje y el compromiso de continuarlos."

MUCHAS GRACIAS

Luis Felipe Bojalil

A JUAN CESAR GARCIA IN MEMORIAN

Dr. Julio Ravelo

Las relaciones de la medicina con la estructura social son innegables y sin embargo, han sido oscurecidas por el tipo de análisis prevalente en este campo. La práctica médica, la formación del personal de salud y la producción, selección y distribución de conocimientos están ligados a la transformación histórica del proceso de producción económica. Esta relación no implica una determinación casual simple pues estas instancias del quehacer médico, conservan cierta autonomía. La autonomía relativa del campo médico, conservan cierta autonomía. La autonomía relativa del campo médico y de las instancias que la integran posibilitan el empleo del método estructural en su análisis. Se abre de este modo un terreno fértil para la reflexión y el estudio.

Así habla Juan César García, en su obligada obra de referencia y estudio "La Educación Médica en la América Latina", argentino de origen, latinoamericano por convencimiento, médico pediatra, sociólogo, funcionario de la OPS/OMS desde 1966 hasta junio de 1984.

En los primeros días de julio del presente año, el colega brasileño Sergio Arauca nos da la triste noticia de su fallecimiento.

Fue un golpe terrible e inesperado. Todos cuantos tuvimos la dicha y satisfacción de conocer a Juan César y compartir con él, sabíamos el significado de esta noticia. Latinoamérica había perdido uno de sus mejores hijos en el momento quizás de su mayor esplendor y productividad.

Con sus trabajos y acuciosidad científica hurgó en las raíces de la Educación Médica, de la metodología y la rigurosidad en la investigación. Valoró en su justa dimensión, la necesidad de formar recursos humanos en Salud, con una visión distinta a su realidad social.

La inmensa mayoría de los colegas latinoamericanos debemos al espíritu firme, sereno y convincente de Juan César; las preocupaciones que bajo su recia personalidad hemos podido forjar en el sentido de no olvidar un instante la relación de las ciencias de la salud, con la estructura social imperante.

La Salud Pública y la Medicina Social tienen una gran deuda con este hombre sencillo, modesto, pero tenaz y exigente cuando de rigurosidad científica se refiere.

Nuestra Facultad, al igual que la mayoría de las de América Latina, dolida en lo más profundo por la ida a destiempo de este incomparable colega ha querido dar los siguientes pasos, como forma de continuar el esfuerzo de este batallador incansable, de ese entrañable y sincero amigo.

PRIMERO: Declarado Profesor Honorario Post-Morten de esta Facultad.

SEGUNDO: Crear la cátedra extracurricular Juan César García, para continuar sus esfuerzos por superar las condiciones de salud existentes en la mayoría de nuestros pueblos y organizar eventos nacionales e internacionales, en su memoria.

TERCERO: Solicitar a las Universidades hermanas y a los organismos internacionales: OPS/OMS, UDUAL, ALAFEM, etc., la divulgación de ésta idea, a fin de que se formen cátedras similares en otros países y faciliten con su ayuda el desarrollo de esta idea.

CUARTO: Publicar un número extraordinario de nuestra Revista, con una foto de Juan César en la portada, como forma de hacer más patente su recuerdo y nuestro compromiso.

QUINTO: Continuar sus luchas desde las cátedras, laboratorios, las investigaciones, los eventos nacionales e internacionales, para difundir sus nobles deseos de Paz, Salud y Bienestar entre los hombres como uno de sus máximos y caros anhelos.

Juan César, tu figura y ejemplos están entrañablemente ligados a esta Facultad.

Con el trabajo y la lucha diariamente, te recordamos.

Estas ideas fueron visibles en octubre de 1984, apenas tres meses después de su fallecimiento.

Hoy en el marco de esta XIV Conferencia queremos agregar otras ya que la dimensión histórica de Juan César necesariamente se enriquece y valora en la medida que transcurre el tiempo y aquilatamos su obra, su espíritu visionario sobre la Educación Médica, la Medicina Social, la Salud Pública, su inagotable espíritu creador e investigativo.

Juan César, con esos rasgos obsesivos que permiten avanzar y superar limitacio-

nes en beneficio de la sociedad a la cual nos debemos y a la que se entregó por entero, fue un hombre intransigente con los principios, profundamente crítico y autocrítico, como todo buen maestro, cuando le correspondía, coherente en la práctica con su concepción del mundo, de la sociedad del hombre, de la ciencia, batallador incansable que nunca conoció ni respetó horarios. Su inteligencia y visión poco comunes, le permitieron percibir el futuro y prepararnos para recibir con una mayor dosis de conocimientos, optimismo y objetividad, la realidad que se nos acercaba.

Juan César, profundamente hermano, nos demostró una vez más que hay mortales. Que las transformaciones biológicas de la materia, en que la muerte celular deja paso a la vida del ser, en que lo nuevo nace a expresar de aquello que se destruye.

Juan César García, con fervor rompe los límites que la materia, lo biológico impone para rebasar.

Con su férrea voluntad, capacidad, creatividad y aportes rebasa los límites que la materia impone para continuar siendo fuente constante de inspiración, compromiso y trabajo por aquello que decía Heráclito: Los inmortales son mortales, y los mortales inmortales: ellos intercambian la vida y la muerte.

En Juan César, apareció la muerte para dar paso a vida; paradógica condición de la continuidad como obligado fruto de lo efímero y perecedero.

"LA VIDA DE JUAN CESAR: IMAGEN DEL HOMBRE MULTIFACETICO"

Dr. Miguel Márquez

"El desarrollo multifacético de la personalidad se alcanza mediante la superación de la división social del trabajo y la incorporación del hombre a todas las esferas de la vida, de la sociedad.

Sólo así se quedará eliminado el dominio de las fuerzas exteriores sobre el hombre, los intereses sociales se convierten en sus propios intereses y el desarrollo de las capacidades humanas pasan a ser su propio fin . . . (En: Diccionario Marxista de Filosofía. Dirección de I. Blau-berg. Ed. de Cultura Popular. México D.F. 1977).

JUAN CESAR:

Fue en la década de los sesenta. Llevaba en ese entonces algunos años ejerciendo la Cátedra de Anatomía Patológica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, cuando iniciamos la discusión y análisis acerca del significado de la Educación Médica Latinoamericana. En ese momento se fortalecía la corriente hegemónica creada por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina en el contexto del paradigma del "Informe Flexner" (1) y que se explicitaba en documentos clásicos, considerados por muchos, como textos "sagrados" e "intocables" y que debían nutrir el quehacer en la Educación Médica Latinoamericana. Entre esos documentos, registramos entre otros, el relato de la Conferencia sobre la "Enseñanza de Medicina Preventiva" realizada en Colorado Springs (2); "Objetivos de la Educación Médica de Pregrado en los Estados Unidos" (3); la "Declaración de México sobre la Educación Médica en América Latina" (4).

Juan César, fue en medio de largas discusiones que cuajó tu libro, que es de todos: "La Educación Médica en la América Latina" (5) que en su gestación, investigación de terreno, análisis y discusión teórica de sus resultados, te permitió recorrer por más de 100 facultades y escuelas de medicina en 18 países del Continente; establecer contacto con la juventud, con profesores y directivos universitarios y vivir el pensamiento de la lucha universitaria, de su entrega y aspiraciones para gestar nuevos horizontes . . . Fue en este largo peregrinar, que surgieron colectivos de docentes universitarios que paso a paso generaron la redefinición de la educación médica, los mecanismos de unión entre nuestras facultades y la corriente de medicina social en lo que dejaste el sello de tu inmensa calidad humana, el rigor científico de maestro y tu mente visionaria de historiador dialéctico, materialista y hombre multifacético . . .

Tu personalidad se enriqueció en las discusiones y conocimiento de las nuevas formas de lucha del Movimiento Estudiantil Latinoamericano, que partiendo de su matriz de origen: "El Movimiento Universitario de Córdoba de 1918", se extendió rápidamente en México, Ecuador, Guatemala, República Dominicana, Perú, Nicaragua, Venezuela y en el propio seno de los países capitalistas avanzados como sucedió en la Universidad de Berkeley, en la Sorbona . . . Por otra parte, en nuestra América surgía y avanzaba triunfante la Revolución Cubana, generando en la conciencia de los pueblos, en los universitarios, la razón de ser de la rebeldía, de la lucha y la apertura de nuevas avenidas para los pretéritos del Continente . . .

Compañeros:

Juan César, está presente con nosotros, está vivo en el epistolario, está con sus "queridos amigos", como él solía dirigirse en sus cartas polémicas, llenas de contenido científico, de crítica e invitación fraterna para seguir en el trabajo, en el cuestionamiento y en generar respuestas firmes a las teorías absolutistas de la sociología funcionalista, para construir las bases sólidas de la Medicina Social Latinoamericana, hoy, plasmada en una realidad irrefutable: "La Asociación Latinoamericana de Medicina Social", y la amplia producción científica de sus miembros . . . Con razón. Hesio Cordeiro, planteaba en el III^o Seminario Latinoamericano de Medicina Social, Orou-Preto, Brasil, en 1984, (6), "que el maestro, pionero y amigo Juan César se mantiene y se mantendrá con su posición beligerante en el presente y futuro de la Medicina Social Latinoamericana . . ."

Muchos de los presentes en esta sesión de homenaje y de recuerdo militante con Juan César recordarán sus cartas en la década de los setenta en que nos invitaba a formar frentes de trabajo para abordar tópicos de gran significado político-científico, tales como:

- Medicamentos, su significado
- La industria farmacéutica
- El gasto en salud

- La teoría sociológica en educación
- Las bases epistemológicas para redefinir los conceptos de salud-enfermedad.
- La administración del conocimiento científico
- La categoría trabajo en medicina
- El nacimiento de la medicina social
- La historia de las instituciones de salud en América Latina: 1880 a 1930
- La recuperación de la bibliografía Latinoamericana en Ciencias Sociales aplicada a salud.

Compañeros:

Juan César, en medio de la seriedad y compromiso científico, no perdió el sentido de la vida, el sentido del ocio y del humor. Está fresca en nuestras mentes la serie de "Brenda Staar", que irónicamente utilizó para la distribución clandestina de sus trabajos suscritos con el entrañable nombre de AURELIANO MIERR, y, hablar de AURELIANO MIERR, es dejar correr nuestro pensamiento a otra dimensión del hermano inculdicable en su trabajo como sindicalista en el Servicio Civil Internacional y en su trajinar en la Asociación de Personal de la Organización Panamericana de la Salud . . . Su inserción, nuestra inserción, en éste movimiento tuvo su razón de ser, su explicación: la coherencia de su pensamiento científico con lo que tenía que ser su vida en su amplia y multilateral dimensión, y el enfrentar con hombría, con la lógica de la historia de nuestros pueblos a una de las etapas más nefastas en la larga y casi centenaria existencia de la Organización Panamericana de la Salud, como fue el período de 1976 a 1982. Decimos nefasta, por hechos que en esa etapa se sucedieron en el seno de la Organización como expresión concreta de la extirpación (como en ese entonces el decía al Director de Organización Panamericana de la Salud) del germen del mal, de la anarquía institucional que representaban aquellos compañeros que en la Organización se enfrentaban al "autocratismo administrativo"; al "empirismo recalcitrante", al "populismo intrascendente" y a la "corrupción" del aparato político-administrativo . . .

Para nosotros está presente la forma como AURELIANO MIERR, primero; como miembro de la Asociación de Personal y luego en el período de 1977-78 como su Presidente, supo dirigir la resistencia institucional a nivel continental, manteniendo la perspectiva que en nuestros países se abrían nuevos causes democráticos y que diferentes formas de trabajo se aproximaban para la década de los "80" en el seno de la Organización Panamericana de la Salud.

El contexto de la crisis institucional de la Organización Panamericana de la Salud, fue el espacio que nos permitió conocer a AURELIANO MIERR como dirigente lúcido, creativo y audaz para aplicar la teoría científico-social en problemas concretos que abarcaban el ámbito continental. Su obra, su trabajo quedó plasmado en la sentencia que la Organización Internacional del Trabajo dictó a favor de la tesis sindicalista, y lo que es más, la nueva etapa que vivimos insertos en un Organismo Intergubernamental Sistema de Naciones Unidas, que trata de mantener abiertas sus puer-

tas al tiempo . . .

Para terminar este decurir en la vida "JUAN CESAR AUREALIANO MIERR", deseamos compartir con ustedes, otra particularidad de su polifacética existencia. El juego literario, de aproximación de su mente ágil a la fábula, a la parábola como el decía.

A continuación escucharemos la voz de AUREALIANO MIERR en el DIA DE PROTESTA en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., en el mismo momento en que en una lejana Isla Caribeña se producía la obscura y turbia reelección del "Autoritarismo Administrativo", Septiembre 26 de 1978 . . . En esa fecha, en el almuerzo de convergencia de sueños y compromisos hacia el futuro nos decía:

"Yo quiero contarles hoy día, una parábola, una nueva parábola que se llama "la bestia y el contexto": Había una vez una selva tranquila, hasta que un día llegó un animal extraño, tan extraño que tenía los defectos de todos los otros animales. Sin ningún espíritu. Los animales empezaron a preocuparse, nadie sabía como llamarlo, hasta que poco a poco surgió el nombre de la bestia. Era la única forma de identificarlo. Pronto la bestia con su dureza y torpeza fue poniendo en esta pequeña selva una serie de condiciones. Designó inmediatamente dos ayudantes. Uno de ellos articulaba algún sonido y cada vez que se equivocaba la bestia decía: es un mal entendido, es un mal entendido El otro ayudante, era el ganso, que no articulaba nada. Gruñía, caminaba de un lado para otro. Preocupado la bestia de esta situación, llamó y designó al avestruz para administrar las cosas complicadas. El avestruz al ver como estaban las cosas, metió su cabeza en un hoyo y no la sacó sino de vez en cuando para volverla a meter en el hoyo. Así las cosas sucedían y un grupo de animales: el caballo, el tigre, y, otros, se reunieron y pensaron que si cada uno tenía un defecto, juntos podían tener todos los defectos de éste señor y quizás mandarlo a la selva de donde el había venido era la solución. Pronto surgió el buho. El buho, filósofo de la selva y dijo: yo creo que antes de hacer esta acción nosotros debemos tener un marco de referencia, un marco de referencia o un contexto para discutir esta acción. Entró la duda entre todos los animales y alguien dijo: necesitamos un contexto. Un contexto . . . el elefante, es grande, tiene cuatro patas. Hagamos la discusión, debajo del contexto, del marco de referencia. Acordaron todos. Invitaron al elefante y empezó la discusión. Cada vez que se llegaba a algún acuerdo, el buho, el filósofo presentaba otra duda y la discusión seguía y seguía. A todos éstos hechos el elefante, que tiene poca memoria, se olvidó de lo que sucedía debajo suyo. Se cansó un día, se acostó y aplastó a todos los conferencistas. Moraleja: Hagamos algo antes que el contexto se nos venga encima (7).

Bibliografía

1. Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada, New York the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. USA. 1910.

2. Preventive Medicine in Medical Schools. Report of Colorado Springs Conference. November 1952. Joun. Med. Educ. 28 (10): 3, 1953.
3. Association of American Medical Colleges. The objectives of undergraduate medical education. Eight Revision 1953. Joun. Med. Educ. 28 (3) 57. 1953.
4. Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. México, 1957. (Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina).
5. García, J. C. La Educación Médica en América Latina. Publicación Científica No. 255. Organización Panamericana de la Salud. 1972.
6. Memorias de III Seminario Latinoamericano de Medicina Social. — Ouro Preto/MG — Brasil — 1984.
7. Día de Protesta Convocada por el XXVIII Comité de Personal de la Organización Panamericana de la Salud. 26 de Septiembre de 1978.

QUINTA SESION PLENARIA

ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS EN LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA

María Isabel Rodríguez

Introducción

Permítanme que dedique las primeras palabras de esta introducción a agradecer a los organizadores de esta XIV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina por la distinción que me confieren con la coordinación de las discusiones de este distinguido grupo de panelistas, representativo de grandes movimientos y experiencias. Son ellos reflejo de esta lucha latinoamericana por la búsqueda de mejores condiciones de vida para sus pueblos, por encontrar caminos para una coexistencia pacífica, por estrechar los vínculos que los ligan a consolidar su independencia, todo esto consustanciado en un objetivo concreto, la salud de nuestros pueblos y la formación del latinoamericano que ha de responder al reto de contribuir a la formación de las generaciones futuras.

Un formidable desafío para la Unión de Universidades Latinoamericanas le plantea su decisión de incorporarse al esfuerzo mundial en la búsqueda de Salud Para Todos, promoviendo: "La incorporación de las Universidades de la Región en el desarrollo de la salud de la población de América Latina y del Caribe prospectivamente hacia el siglo XXI...".

En este contexto, la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, retoma los esfuerzos realizados por la Unión de Universidades de América Latina, (UDUAL) a lo largo de los 30 años de Conferencias de Facultades y Escuelas de Medicina, tarea iniciada con aquella primera conferencia dedicada al estudio de las ciencias básicas preclínicas que enfatizó la necesidad de "proporcionar al estudiante conocimientos científicos y humanísticos para una comprensión integral del hombre en sus relaciones humanas y con el medio ambiente", y que continúa promoviendo, generando e incorporando toda la riqueza del pensamiento latinoamericano, profundizando en el campo educativo con el de la investigación y la práctica médica como ejes fundamentales en la formación del médi-

co, hasta dar este salto cualitativo que significa, ya no la modificación, la reforma de los estudios médicos o su innovación, sino la búsqueda de alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana en el contexto de las universidades en América Latina y la Estrategia Mundial para alcanzar Salud para Todos en el Año 2000.

Las implicaciones que para los países tiene la adopción de la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 ha sido objeto de diferentes interpretaciones, particularmente a raíz de la adopción de la atención primaria como estrategia fundamental para alcanzar dicha meta, la cual ha sido objeto de diferentes abordajes e interpretaciones por parte de diferentes estudiosos sobre el tema. Adoptar la meta significa tomar partido y adoptar una posición que debe ser definida.

El Tercer Coloquio Internacional sobre Cooperación Técnica entre países en desarrollo y liderazgo en salud, realizado en la Habana, Cuba en marzo de 1986 concluyó que la SOLIDARIDAD, EQUIDAD, JUSTICIA SOCIAL y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD son las bases fundamentales que sustentan dicha meta. No ha sido interpretado así por diversas corrientes de pensamiento y aún más en ocasiones una interpretación ingenua y simplista ha llevado a operacionalizaciones inadecuadas. Dos corrientes de pensamiento pueden ser identificadas. Por un lado, aquellos que consideran que las "actividades mínimas adoptadas en la declaración de Alma Ata y las características de las mismas", inducirían a pensar que la meta podría lograrse con programas especiales, más o menos revestidos de prioridad, dejando los sistemas formales liberados a su propia dinámica. Por otro lado, se plantea que el logro de la meta exige el desarrollo de estrategias que involucren fuertemente a los sistemas de salud y que la propuesta de Salud Para Todos implica el cumplimiento de una serie de principios fundamentales, entre los cuales surge como principio básico LA EQUIDAD.

Esta última interpretación llega a conceptualizar la meta como un avance en el sistema de valores nacional e internacional que resulta de aceptar a nivel mundial la meta de equidad. A este respecto se considera que, aún cuando "la meta no presenta el grado de definición que podría desearse, alcanza a perfilar algunas características exigibles a los sistemas de salud". Sin embargo la mayor parte de sistemas de salud del continente "se encuentran a una considerable distancia para poder responder a tales exigencias y se hace necesario, por lo tanto, identificar y objetivar la brecha existente entre ambas situaciones". El mismo análisis plantea que "dado que algunos sistemas pueden avanzar global y parcialmente en la forma deseada, pero a una velocidad insuficiente y que otros sistemas podrían estar dirigiéndose en un sentido diferente o aún contrario, es decir profundizando INEQUIDADES EXISTENTES, se identifica la necesidad de transformaciones que los países deben realizar para alcanzar la meta". Con esta interpretación nos identificamos y de hecho, así ha visto visualizada por países en los que transformaciones sociales estructurales o procesos de apertura democrática han creado condiciones para ello en el continente.

A diez años de la Declaración de Alma Ata en un continente cargado de profun-

das desigualdades no solo entre diferentes subregiones y países, sino dentro de los mismos países, entre sus diferentes grupos sociales, nos preguntamos qué tipo de transformaciones deben operarse en la educación médica latinoamericana para formar los cuadros que cada uno de nuestros países y la América nuestra, por entero, necesita para dar respuesta a este reto.

Están fuera de discusión y han sido reiteradamente señalado en foros y conferencias dos conceptos fundamentales que fueron utilizados como marco de referencia para el desarrollo de la Educación Médica Latinoamericana, a partir de la década de los 70. El primero se sintetiza así: "En cada formación social concreta la educación Médica cumple un papel fundamental en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento cuanto en las técnicas y contenido ideológico". El segundo concepto se refiere a que "es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante a través de la estructura del mercado de trabajo y las condiciones que circunscriben la práctica médica".

Ya hemos señalado en ocasión anterior que es García quien en la XIII Conferencia Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina sale al rescate del papel de la Universidad, cuestionando la interpretación de una determinación mecánica de la práctica sobre la enseñanza y se refiere así al planteamiento compartido con Bojalil sobre la formación en el contexto de la Universidad: "La Universidad crea en su proceso de desarrollo, un espacio social diferenciado, que le permite mediar las presiones y requerimientos externos, así como regular las acciones y relaciones universitarias. Así, no obstante que las estructuras externas intentan que en la Universidad se refleje —la necesidad social— tal como es interpretada por esas estructuras, la Universidad determina con un cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de dichas necesidades sociales. Es por consiguiente, dentro de estos límites, donde se dan las posibilidades de la creatividad y de la innovación".

En momentos en que la Universidad es criticada severamente y se le señala como responsable de los fracasos de nuestras sociedades, cuando por otra parte se convierte en el eslabón más débil en la cadena de eventos que afectan el sector social dentro de las crisis socio-económicas y políticas que viven nuestros países, se plantea con mayor agudeza la necesidad de conocer como están pensando, que están haciendo, que alternativas son válidas para incorporar en este compromiso de servicio y de identificación con nuestras comunidades a todas estas generaciones que en diferentes contextos se enfrentan a diferentes retos, pero con un objetivo común y un compromiso fundamental: la salud de la comunidad. La mesa dedicada al análisis prospectivo de la educación médica Latinoamericana ha pasado revista y ha analizado los diferentes parámetros que deberán tomarse en cuenta para el análisis de la situación actual de la educación médica de nuestros países, frente al reto que representan los escenarios futuros, elaborados por los grupos participantes en ese estudio, en el contexto de la meta de Salud Para Todos en el Año 2000.

La Comisión Organizadora ha seleccionado con gran propiedad a los países participantes en esta discusión, los cuales traen a esta conferencia sus sugerencias y propuestas de alternativas transformadoras, producto de experiencias en sus respectivos contextos. Ellos nos darán la respuesta a su interpretación sobre el concepto de transformación de la educación médica, nos dirán qué entienden por proceso transformador los grupos a los cuales representan y como lo han operacionalizado. Nos podrán decir si esas alternativas transformadoras en la educación médica de sus respectivos países están tomando en cuenta no solo la estructura, los contenidos, la metodología de la educación, los avances en el conocimiento biológico y social, la integración docencia-servicio, la interdisciplinariedad, sino también la preocupación por la verdadera transformación del acto fundamental del proceso, el desarrollo del hombre y su articulación en ese proceso de desarrollo con la sociedad a la cual debe servir.

En el contexto de sus transformaciones estructurales, Cuba y Nicaragua nos ofrecerán el resultado de cambios que deben responder a una alta prioridad conferida por el Estado al sector salud y de consiguiente a la formación de médicos en el contexto de un proceso revolucionario.

Cuba ofreció a los latinoamericanos desde el inicio del proceso revolucionario su experiencia en el desarrollo de un principio básico de su sistema educativo, el estudio-trabajo. Buscó alternativas para viabilizar el desarrollo educativo alrededor del eje salud de la comunidad dentro de su sistema Nacional de Salud, trató de desarrollar los criterios de interdisciplinariedad y buscó desde el inicio incorporar al estudiante en el proceso investigativo desde el inicio de su carrera. No ha sido rígida en sus planes, grandes transformaciones han ocurrido en el proceso de formación de médicos en búsqueda de su adecuación a las transformaciones de su práctica profesional (en donde ha ocupado lugar importante la medicina comunitaria y el desarrollo de la atención primaria) y a las demandas de personal para su propio país y de países hermanos.

Los esfuerzos que Nicaragua desarrolla para formar el médico que requiere para hoy y el futuro, se inscriben en el contexto de la búsqueda por estructurar una nueva educación en la que el estudio-trabajo es la consecuencia de una estrecha conexión con la realidad de su población, así como la articulación de su personal en un modelo de servicios en el que la atención primaria ocupa un lugar fundamental. Las alternativas transformadoras que se propone desarrollar para la articulación de sus nuevos médicos en el sistema nacional de salud en desarrollo es uno de los aspectos que será de gran utilidad conocer como expresión de la respuesta de una sociedad en transición.

En Brasil, en el importante esfuerzo por abrir la brecha hacia una apertura democrática ha jugado un rol fundamental el importante contingente de los trabajadores de salud. La Conferencia Nacional de Salud y luego la Conferencia sobre Recursos Humanos en Salud contienen lineamientos que resumen toda una rica experiencia de desarrollo de recursos humanos que estoy segura que el continente espera cono-

cer, sobre todo como eso puede verse reflejada en alternativas transformadoras de su educación médica.

Debería haberme referido, en primer término al enorme potencial representado por todos los grupos de trabajadores del Ecuador, en donde existe un gran potencial por su producción científica, por sus esfuerzos en el campo educativo, ya expresados hace más de una década en el documento sobre la Educación Médica reconsiderada en El Ecuador sus educadores han de traernos no sólo la experiencia ecuatoriana sino también los frutos del análisis de sus múltiples intercambios y desarrollo de experiencias en otros países del continente con los cuales han sido especialmente solidarios.

He dejado para el final el señalamiento a uno de los países que más ha contribuido en las últimas dos décadas al avance en la construcción de alternativas de transformación de la educación médica. Se trata de México, país en el cual se acrecienta cada vez la producción teórica orientada hacia una verdadera transformación científica de la educación. Los estudiosos de la educación médica latinoamericana no podrán dejar de estudiar el contexto y las perspectivas de los proyectos innovativos en el campo de la educación médica que ocurren en México a partir de 1968. Los resultados de los procesos de descentralización educativa, de búsqueda de integración docencia-servicio e interdisciplinariedad, la incorporación del estudiante a los diferentes niveles de atención, son procesos que, en mayor o menor grado confluyen en las experiencias desarrolladas sobre todo por la Universidad Nacional Autónoma de México, en el plan de Medicina Integral A-36 y en las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales (ENEP).

La Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco concibió la integración de las distintas prácticas universitarias: investigación, docencia, servicio y difusión como una práctica unitaria y no como la sumatoria de ellas, considerando que la unidad e integración de estas prácticas hacen posible la construcción del saber en una forma determinada. Los criterios de interdisciplinariedad, integración docencia-servicio, la incorporación de las ciencias sociales al estudio del proceso salud enfermedad, la búsqueda de interacción entre las ciencias biológicas y sociales y la alta prioridad concedida a las actividades de atención primaria y a los programas de extensión de cobertura, ocuparon un lugar especial entre las innovaciones educativas que se concretaron en proyectos como es el caso de UAM-Xochimilco, en donde se pone en práctica una alternativa educacional que representa una ruptura pedagógica, pues se supera la enseñanza por disciplinas, y se toma como base la teoría del aprendizaje según la cual el verdadero conocimiento solo se adquiere en contacto con la realidad concreta. Tal como lo señala el documento de referencia para la creación de dicha Universidad (30) ello "implica la creación de unidades basadas en un objeto e interrogante sobre el mismo, donde se conjugan diversas ciencias y técnicas para dar respuesta sobre problemas de la realidad".

Nos preguntamos si en la concepción de la UAM-Xochimilco no está implícito una de las alternativas transformadoras de la Educación Médica del futuro. Cuáles

son sus limitantes? Qué se opone a que se convierta en el instrumento que propicie la transformación de sus educandos? Es este uno de los proyectos que nos ofrece un excelente modelo de análisis en países en que no existe un proceso transformador hacia una nueva sociedad.

La construcción de una nueva sociedad, condición básica de todo proceso de transformación, liberador, en nuestros países, solo puede lograrse con la incorporación de un proceso liberador del hombre en su esfera intelectual. Nos preguntamos si están contribuyendo nuestras facultades de medicina a este proceso. Por eso seguimos considerando que el problema fundamental radica en la búsqueda de una relación Universidad-Sociedad en lo concreto, en la concientización de sus cuadros y en su sólida formación unida a la búsqueda de un compromiso real. No es solo el desarrollo de una actitud de servicio la que se requiere, sino el conocimiento y manejo de la ciencia y la técnica al servicio de la sociedad.

Se ha llamado a la Universidad a participar en el esfuerzo de SPT-2000 y la respuesta a ese compromiso implica una gran responsabilidad. Hasta poco parecía que en la aceptación de los gobiernos al reto SPT-2000, esa responsabilidad se estaba confiando solamente al personal auxiliar y a la comunidad misma, más que a los profesionales médicos.

El reto para los médicos está planteado hoy y su papel como trabajadores de la salud, conscientes y comprometidos con el futuro de nuestros pueblos, frente a la situación de salud, solo podrá ser efectivo si se inscribe en un esfuerzo conjunto, consciente y continuado, que busque romper el aislamiento de nuestras comunidades científicas y de nuestros pueblos, en beneficio de los que más lo necesitan.

ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS EN LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA

Prof. Fidel Ilizástigui Dupuy, Dr. Sc.

Es un gran placer el que se me haya brindado, a través de la Presidencia de la ALAFEM, la oportunidad de participar en su XIV Conferencia, bajo los auspicios de la UDUAL, así como participar en ella y dirigirme a ustedes en el día de hoy.

Estar en Ecuador, país de hermosas y gloriosas tradiciones latinoamericanistas, me brinda la oportunidad de encontrarme de nuevo con viejos colegas y amigos, empeñados en encontrar soluciones posibles para las nuevas dificultades y problemas que se presentan en la educación médica, con el propósito de alcanzar salud para todos en el año 2000, en un mundo complejo como el de nuestros días en que la propia especie humana está amenazada de ser aniquilada, es algo que llama a la meditación y nos incita a poner lo mejor de nosotros en la tarea que se nos ha encomendado, con el fin de lograr su exitosa culminación.

Queremos declarar que al abordar esta temática tendremos muy en cuenta la experiencia de la revolución cubana en el campo de la salud, y de las ideas que sobre atención y educación médicas ha expresado en numerosas ocasiones el Comandante Fidel Castro, Presidente de los Consejos de Estado y de Ministro de la República de Cuba.

Al tratar de identificar y analizar los cambios que deben producirse en las ciencias de la salud, especialmente en Medicina, y la influencia que ellos pueden tener para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000", se hace indispensable determinar con precisión el tipo de cambio al cual hacer referencia. No se podría interpretar como cambios en los planes de estudios, el aumento o disminución de horas en las diferentes asignaturas, o módulos; el cambio de lugar de una asignatura o módulo por otro; o la introducción en los planes de estudio de nuevas asignaturas o módulos. Si el cambio ha de ser verdadero, debe ser esencial y no formal, por tal motivo pasaremos por alto los "cambios tradicionales" y limitaremos tal connotación al cambio de objetivos y propósitos de transformaciones profundas en el proceso docente-educativo, así como en las unidades temáticas o curriculares.

Se comprenderá, según nuestro parecer, que aún cuando éste fuera el caso no haríamos lo suficiente, si los cambios en los planes de estudio de las ciencias de la salud se limitaran a transformaciones curriculares y del proceso docente-educativo, quedando en pie el propósito de formar un personal de la salud con una concepción individualista, somática y biológica de la medicina; más atento a la enfermedad que a la salud; a los aspectos curativos, que a los preventivos y de promoción de salud.

¿Quiénes deben elaborar el plan de estudio?

Un aspecto importante que debe tenerse presente en la elaboración de un plan de estudio, es el que se refiere a la composición y las ideas de los que constituyen la comisión, comité o grupo al cual se le adjudique esa responsabilidad.

Nuestra experiencia nos indica que el grupo (o la comisión), sea ésta provisional o permanente, nunca deberá estar compuesta por docentes que representen a sus respectivos campos del saber, sino que éstos estén en el grupo en función principalmente de educadores compenetrados profundamente con los cambios que la Educación Médica Superior demanda en los tiempos presentes. De no ser así, el empleo de una metodología científica sólo podría conducir a un plan de estudio mejor adaptado para egresar los profesionales de la salud existentes y el cambio trascendente no se lograría nunca.

La estructura económico-social y el cambio en los planes de estudio.

El régimen económico-político-social, el desarrollo económico-social, la política de salud de los gobiernos, los principios, la filosofía y la práctica de la medicina son condiciones determinantes para el cambio de los planes de estudio.

Si los diseñadores de planes de estudio se empeñan en no tener estos factores presentes al elaborar los planes, o teniéndolos presentes consideran o tienen la certidumbre que los cambios en Educación Médica son los que determinarán definitivamente, cambios sustanciales en los factores señalados, se equivocan. Más tarde o temprano la tozuda realidad los convencerá de que sus esfuerzos meritorios no se vieron coronados con el éxito deseado. Esto no niega, sino que presupone, que tales cambios puedan tener algún nivel de concientización, pero nunca un cambio sustancial de la realidad imperante.

Todo cambio sustancial en la Educación Médica Superior (EMS) debe tener, como base o sostén, un cambio previo en la concepción y práctica médica del país que lo intente.

Es posible que planes de estudio de las facultades de ciencias de la salud puedan ser exitosos para determinadas regiones muy limitadas, pero el cambio a nivel de toda la sociedad, está irremisiblemente condenado al fracaso si intenta cambiar la realidad, en vez de influenciar en la realidad cambiada, que se perfecciona.

Si el cambio de propósitos y objetivos en Educación Médica Superior ha de tener lugar, se necesitarán requerimientos externos a la EMS misma:

- a) Una concepción de la medicina como ciencia social o sociobiológica que, impulsada por el gobierno de cada país, constituya la base de la política de salud del ministerio correspondiente, espíritu en el cual ha de formarse el personal de salud; que trascienda a los alumnos de Medicina, dirigentes de la atención médica y de la educación médica; comunidad médica y pueblo en general.
- b) Establecimiento de vínculos estables y permanentes entre los diferentes sectores de la sociedad que tengan que ver con la salud.
- c) Elevar sustancialmente el nivel cultural y educacional de toda la población.
- d) Decisión y voluntad política, y aporte de los recursos económicos y financieros para establecer las instalaciones necesarias que permitan igualar la atención médica primaria a la de otros niveles, con el consiguiente desarrollo ascendente de todos.
- e) Resaltar, en la población el prestigio social de la medicina de la atención primaria; y aumentar el nivel económico e incrementar el prestigio académico de los especialistas de la salud a ella dedicados, en esta época de especialismo desenfrenado.
- f) Establecer un sistema único de salud que incluye la formación de los recursos humanos para esta tarea.
- g) Garantizar realmente que la salud es un derecho de todo ciudadano, los cuales tendrán acceso gratuito, o a muy bajo costo, a cualquier nivel de atención médica.
- h) Definir que el egresado de las facultades de medicina sea el médico de atención primaria, de la comunidad o familia.
- i) Recursos humanos y financieros para la creación de nuevas facultades de medicina y de otras ciencias de la salud.
- j) Aumentar el número de estudiantes de medicina y de los especialistas y técnicos de la salud en la proporción debida.
- k) Lograr la participación de las masas en las tareas de la salud.

Influencia de la EMS sobre la práctica médica y el desarrollo económico-social.

Existe una relación bilateral entre práctica médica y educación médica, ello es innegable. Relación compleja y en ocasiones difícil que puede adoptar variantes más o menos exitosas; pero de lo que no puede caber dudas es que en tal relación la atención médica es el determinante primario y los planes de estudio lo secundario.

Los planes de estudio tienen como meta egresar profesionales de la salud capacitados y motivados para actuar con eficiencia en la solución de los problemas de salud. Por esta vía la EMS puede influenciar en los planes de salud de una nación.

Las organizaciones de Educación Médica, llámense escuelas, facultades o institu-

tos, a través de sus docentes pueden también hacerse cargo de esta influencia, por su participación en las tareas de la salud y por su papel como ejecutores en el desempeño de actividades de atención médica, docencia e investigación en las unidades o instituciones de salud.

No puede desconocerse que en algunas latitudes estas instituciones docentes poseen instalaciones de salud de su propiedad y pueden cooperar al logro de la atención médica.

En todos los casos la EMS por medio de sus departamentos e instituciones de investigaciones, según el caso puede y debe participar en investigaciones que abarquen todo el campo médico, desde la célula hasta la organización y administración de salud.

Se comprenderá que el logro de tal desarrollo médico-social en una nación cualquiera, tal como lo concebimos, es el resultado de un largo proceso histórico que exige transformaciones profundas de la sociedad, empleo de cuantiosos recursos y una voluntad y decisión políticas de los gobiernos, compartida y aprobada por toda la población. No se niegan los esfuerzos que puedan hacerse de carácter más limitado en una o varias regiones de una nación, para una atención médica diferenciada de esa población, pero ello no garantizará la atención plena, universal, a cualquier nivel para cada ciudadano, ni dará el marco apropiado para los cambios profundos que la EMS demanda en los tiempos presentes.

El progreso científico-técnico y los cambios en la EMS.

Los cambios en los planes de estudio de las ciencias de la salud, no responden exclusivamente a las fuerzas determinantes que surgen de toda la sociedad y de la práctica médica correspondiente. Los cambios también provienen del impetuoso desarrollo de la revolución científico-técnica de nuestros días, que han producido transformaciones en el conocimiento y la tecnología y que prometen ser más intensos en un futuro cercano.

Esta circunstancia determina que los diseñadores de planes de estudio al tener que tomar en cuenta esta otra fuerza que convulsionará la EMS, se encuentren en ocasiones ante un problema difícil a resolver.

Hasta hace unos 40 años aproximadamente, parecía existir una estabilidad social de la práctica médica, por lo tanto la estructura de los planes de estudio sufría sólo los "cambios tradicionales" que permitían al profesional de salud desempeñarse en ese contexto inmodificable. Era la época en que cualquier estudiante podía iniciar y completar sus estudios de medicina con los textos utilizados por su padre.

La producción de conocimientos se ha hecho exponencial, se considera que éstos se duplican en un período de 6 a 8 años, y en ocasiones en tiempo menor, para

cada ciencia y especialidad, con la particularidad de que la tasa de caducidad de esos conocimientos es alta y el agravante de que no podemos predecir en cada caso cuáles morirán y cuáles persistirán.

Teníamos la ilusión de que 5 ó 6 años de estudios médicos eran suficientes para calificar un médico para el desempeño de la práctica profesional con plena capacidad y competencia. Hoy día, debido al progreso científico-técnico acelerado, ese tiempo se ha hecho insuficiente. La EMS de pregrado ha adquirido un carácter básico general, que deberá ser completado con 3 ó 5 años más para el pleno desenvolvimiento del médico en su práctica. Surgió inevitablemente la educación de postgrado y la educación continuada de los profesionales de la salud, mediante actividades de aprendizaje y estudio, durante toda su vida profesional.

Conjuntamente con esa particularidad existe otra, derivada de la anterior, que nos parece trascendente, la imposibilidad de continuar enseñando a los estudiantes por el viejo procedimiento de recargar su memoria de informaciones en detrimento del pensamiento lógico formalizado y de la educación profesional básica.

Esto significa que debemos saber dosificar en forma adecuada y pertinente, los conocimientos que los estudiantes deben aprender para resolver con efectividad los problemas de salud con los cuales se encontrará al egreso, a la vez que proporcionar la base para continuar su educación postgraduada, que le permita comportarse como un científico y como un humanista.

Abandonar la enseñanza de una acumulación excesiva de hechos, datos, cifras y hacer que el estudiante se apodere de los principios, categorías y leyes de las variantes sindrómicas de las ciencias de la salud, y sobre todo, de la metodología y el pensamiento científico, que den pie a la creatividad y permitan afrontar atinadamente nuevos problemas de salud en su práctica profesional, o relacionados con la medicina como ciencia.

Las facultades de Medicina deben tener presente otra particularidad del progreso científico-técnico, consistente en que el conocimiento no solo se diversifica, sino que los conocimientos científicos también se integran. No solo aparecen nuevas especialidades y ciencias independientes que reclaman su representación, con sus correspondientes aparato administrativo, haciendo cada vez más desorganizada y difícil la enseñanza del objeto de la Medicina, sino que el conocimiento integrado como metódica, y no solo como especialidad y ciencia, puede ayudar a organizar mejor el proceso docente-educativo.

La Medicina como ciencia sociobiológica, que tiene como objeto al hombre, en lo colectivo y en lo individual, en unidad indisoluble como su ambiente, reclama también para su enseñanza, no solo ciencia biológica y tecnología compleja por más importante que ella sea, sino que demanda la educación del hombre, como ciudadano y como profesional de la salud. Tal exigencia nos obliga a darle una tónica cien-

tífica a esta educación y para ello las ciencias sociales en general y las sociomédicas en particular deben jugar un rol de primer orden en la formación de los profesionales de la salud.

La EMS y los cambios en los planes de estudio:

Si el grupo que ha de introducir los cambios que la EMS exige como objetivos satisfacer las necesidades de salud de la población, organización, procedimientos, métodos y técnicas modernas para el mejor aprovechamiento del proceso docente-educativo, desea tener éxitos probados deberá vencer las resistencias que pueden aparecer en el propio seno de la EMS. Lograr cambios profundos significa cumplir con los principios de la educación en cada sociedad, convencer a muchos de la importancia que, para la propia formación de los profesionales de la salud, tiene el cambio, modificación o sustitución de normas reglamentarias y criterios didácticos del pasado, que no encajan en la educación del presente.

El grupo se hará y responderá algunas preguntas claves antes de dar inicio al trabajo:

¿Se trata de hacer estos cambios en una sola facultad de Medicina o de varias, independientes unas de otras?

Si este es el caso; el grupo cuenta con:

- Todos los recursos económicos y financieros.
- Todo el personal docente identificado con el cambio.
- Alumnado deseoso de participar en el cambio.
- Areas de atención médica de su propiedad.

En el caso de que se trate de una facultad de Medicina establecida, aún cuando se cuente con todos los recursos, las modificaciones o cambios encuentran fuerte resistencia del personal docente y sus logros serán limitados. En ocasiones no rebasan el marco de la concientización para un grupo del sector de la Medicina cuyas posibilidades se ven limitadas o anuladas, por la realidad imperante en el medio económico-social y de la atención médica imperante que obstaculiza o no viabiliza el cambio soñado.

Si el cambio es a escala de toda la sociedad, y por tanto incluye todas las facultades de Medicina, el grupo debe saber que son necesarias las transformaciones en toda la sociedad, previamente señaladas como premisas para el cambio; debe aquilatar hasta donde el cambio externo permite el interno, y evaluar hasta donde éste puede influir en el perfeccionamiento de aquel. Solo este cambio es, para nosotros, perdurable y realista.

Los cambios a efectuar en los planes de estudios y la metódica a emplear:

Para que los cambios puedan efectuarse en la EMS, deben ser bien dirigidos y no dejar que se produzcan espontáneamente. La utilización de una metodología científicamente fundamentada, de la cual existen varios tipos, se hace indispensable.

El tipo de profesional de la salud que se desea egresar de la EMS:

La sociedad en su desarrollo determina el tipo o tipos de médicos y de profesionales de la salud que necesita para resolver los problemas de la atención médica en una nación determinada. "La forma en que se establece la atención médica, según la sociedad y los papeles que juegan en ella los diferentes profesionales de la salud, no dependen de la EMS, sino de los principios y filosofía de cada régimen económico social en general, y de la atención médica en particular, que se le subordinan".

Para nosotros es incuestionable que la atención médica debe ser brindada en equipo, al cual pertenecerá el médico en su papel de dirigente, lo cual no limita el papel destacado que pueda tener otro profesional de la salud, en un momento determinado, en la actuación del equipo. En las circunstancias en que la atención médica deba ser brindada por un profesional único, éste debe ser un médico.

Si para una etapa histórica determinada, año 2000, se necesita brindar salud para todos, y si ello demanda la utilización de otro personal de la salud diferente al médico, para desempeñarse en forma solitaria, por condiciones económico-sociales de determinadas regiones del mundo, es nuestro criterio que ésta es una solución obligada por las circunstancias objetivas. No obstante, a nuestro juicio, salud para todos incluye la atención médica de alta calidad, en todos los niveles de atención, con la presencia obligada del médico. ESTA ES UNA DIVISA A LA QUE LOS PUEBLOS NO DEBEN RENUNCIAR JAMAS.

Modelar al profesional de la salud que demanda la sociedad.

Identificados los profesionales de la salud que trabajan en la atención médica primaria, se debe modelar cada uno de ellos a fin de establecer el plan de estudio que los egrese según el modelo establecido. No se debe dejar a la espontaneidad o al libre arbitrio de los docentes que trabajen con un modelo de su propiedad, que en la práctica se convierte en multiplicidad de modelos implícitos, no coincidentes, en ocasiones contrapuestos, que distorsionan los logros a alcanzar en el proceso docente-educativo.

Un buen procedimiento es investigar y analizar qué es lo que, en la práctica médica establecida, ese profesional de la salud realiza y que deberá hacer además, para cumplir a cabalidad su trabajo. Recomendamos al respecto establecer las funciones, tareas y actividades en el puesto ó puestos de trabajo en que el profesional habrá de desempeñarse como médico de atención primaria al egreso; a la vez, que del análisis de las consultaciones que se efectúen en todo el país, en la atención primaria; y la morbilidad y mortalidad para una etapa dada y el trabajo específico del profesional

de salud, se establezcan, por criterio de expertos, los problemas de salud a resolver y las habilidades a dominar.

Establecimiento de los objetivos:

El plan de estudio debe ser considerado como un sistema abierto, como un todo único y no como una confederación o asociación de unidades curriculares, cualesquiera que sea la denominación de éstas. Se impone por tanto el establecimiento de los objetivos, de los más generales a los específicos, pasando por ciclos, módulos o asignaturas a través de un sistema de derivación de los mismos, de lo general a lo particular y de éstos a los específicos de las actividades educativas y de enseñanza-aprendizaje.

En el plan de estudio, el proceso docente educativo debe ser considerado como un proceso único que se expresa no solo en los objetivos generales del plan de estudio, sino que se hace realidad en la actuación de cada docente; donde en el aspecto instructivo del proceso de enseñanza-aprendizaje deben estar expresados, en forma explícita o implícita, los objetivos educativos.

En nuestro país, el establecimiento de los objetivos educativos generales se explicitan, se derivan de los propios principios educativos de la sociedad nueva que construimos y son universales para todo tipo de educación, a los cuales se integran los objetivos generales instructivos elaborados a partir de las funciones a realizar, habilidades y hábitos profesionales en que deben adquirir competencia para resolver los problemas de salud, integración ésta que constituye el modelo profesional, a partir del cual se derivan todos los otros objetivos: por ciclos, disciplinas y asignaturas, estancias, etc.

El entretnejimiento de los contenidos en el plan de estudio:

Un cambio sustancial para el abordaje del plan de estudio como un sistema, es el procedimiento seguido por nosotros, el cual llamamos de entretnejimiento de los contenidos, el que consiste en establecer, a partir de los problemas de salud individuales, colectivos y ambientales a resolver por el médico de atención primaria en el marco de los objetivos generales y de ciclos establecidos, los contenidos y objetivos específicos, para los cuales se determinan los niveles de profundidad y generalización en cada uno de los niveles y disciplinas del plan de estudio, lo que permite tener una visión general del mismo en la integración de los contenidos de las ciencias básicas biomédicas, las ciencias sociales y sociomédicas, la patología y las ciencias clínicas, de acuerdo con lo que demanda cada problema de salud, con los límites fijados por el objetivo, para su impartición y aprendizaje.

Plan de estudio integrado o por disciplinas:

Llegado este momento de la elaboración de un plan de estudio, se impone que el

grupo a cargo de la tarea de diseñarlo haga una buena y exacta valoración del orden e interrelación de las unidades curriculares.

Nuestra propia experiencia nos dice que el cambio de la enseñanza por disciplinas a una enseñanza integrada y la sustitución de las unidades administrativas y docentes preexistentes por unidades, estancias o módulos integrados, es tarea árdua y difícil.

El grupo debe, antes de tomar una decisión, tener en cuenta los factores o elementos siguientes:

1. Experiencia internacional en este campo.
2. Experiencia en la EMS del propio país.
3. El plan de estudio es para una nueva facultad de Medicina, en la que se cuenta con todos los recursos para su construcción de acuerdo al diseño, o es para ser implantado en todas las facultades de medicina del país.
4. Condiciones concretas, tanto objetivas como subjetivas, de los docentes.
5. Nivel de desarrollo de la integración docente-asistencia-investigativa alcanzado por la atención primaria del país.
6. Formación ampliada o no de médicos.
7. Prestigio social, económico y académico de la atención médica primaria.

Somos de la opinión, lo recalcamos, que sin despreciar ni subvalorar las unidades curriculares integradas su impacto sobre la formación del médico en una nación donde no se priorice la actividad de atención primaria, siempre será inferior, al que tiene un plan de estudio que, aunque no cumpla con todos los requisitos ideales de la integración curricular, garantice que el estudiante trabaje en el área de atención primaria y se desempeñe después de graduado en esta propia área.

El grupo debe decidir hasta qué nivel debe llegar la integración y adoptar algunas de las múltiples variantes que le permitan eliminar los obstáculos internos de la EMS, a la vez que se prepara y condiciona la atención primaria para lograr avances docentes muy innovadores que aunque importantes, para nosotros no es precisamente lo esencial.

La atención primaria y la EMS ¿dónde enseñarla?

Si el profesional de la salud debe desempeñarse en la atención primaria al egreso, es indiscutible que las ciencias sociales y sociomédicas deben jugar un papel más destacado que hasta el presente en el plan de estudio, y lo que es más importante, la educación del estudiante debe efectuarse allí donde se desenvuelve esta actividad, ésto es, en la propia atención médica primaria de salud. Todo cambio que se efectúe en las unidades curriculares, que no logre ese objetivo, no logrará ningún cambio en el egresado, a larga fecha, por muy bien entrenado que ellos estén.

La atención médica primaria es la esencia de la propia medicina. Creemos que con el tiempo el centro de la EMS del pregrado se desplazará hacia ella, dejando al hospital docente de 2do. y 3er. nivel para funciones más limitadas, a la vez que se ampliará en ellos la educación de postgrado.

La atención médica primaria debe ser, en lo adelante, el fundamento de la formación de cada médico a partir del cual se deriven todas las especialidades incluyendo, por supuesto a la Medicina General Integral entre ellas.

El diseño del plan de estudio y las unidades curriculares:

Las unidades curriculares, sean módulos, unidades lógicas, o asignaturas deberán estar bien preparadas e interrelacionadas en el plan de estudio, a fin de evitar baches y lagunas en la sistematización de los contenidos. En su preparación los objetivos deberán estar bien definidos. El logro de los mismos, en cada una, garantizará el cumplimiento de los objetivos generales establecidos.

Para el dominio de los contenidos por parte de los estudiantes, se deben disminuir las conferencias y actividades docentes de carácter pasivo y establecer, a escala de todo el plan de estudio, en mayor o menor medida, según la etapa del desarrollo de la EMS, métodos activos de enseñanza, especialmente el método de solución de problemas. Las actividades prácticas deben tener un peso alto en la EMS, basados en el sistema de estudio-trabajo que tan buenos resultados ha tenido en nuestro país.

El diseño del plan de estudio y el empleo de todas las instituciones de salud, bajo el empleo de la integración docente-asistencial investigativa (IDAI) permite, en una enseñanza masiva, la enseñanza a pequeños grupos, lo que facilita el dominio por parte de los estudiantes de las habilidades teóricas y prácticas, su educación como **médico y ciudadano**; así como el empleo del trabajo independiente bajo supervisión.

Es necesario garantizar para cada estudiante el libro de texto y los complementarios para el estudio de cada unidad curricular.

El centro de información científico-técnica de cada facultad - o escuela -, así como el de los hospitales docentes, debe contar con un fondo bibliográfico de consulta autorizado y actualizado, una sección de referencias actualizada y ágil, hemeroteca y medios de reprografía, u otros, que faciliten la consulta bibliográfica a docentes y estudiantes.

El papel del profesor en la EMS:

Se sabe que los docentes tienen una influencia muy poderosa en su comportamiento como ciudadanos y médicos, sobre los estudiantes a su cargo. Por tanto no es posible que el docente solo se considere como un transmisor de información. Para ésto se pudiera emplear con mayor eficiencia los métodos y medios de la tecno-

logía educacional. Dos cambios se necesitan de él. Por una parte su identificación con los cambios internos y externos que la EMS demanda y su papel actual como formador y guía de los estudiantes en el logro de esos cambios; y por otra, dejar de ser un mero informador para participar en la selección, diseño y elaboración de los materiales docentes y en la orientación y promoción del aprendizaje activo y creador por los estudiantes.

La tecnología educacional es muy importante para determinados propósitos docentes, pero nunca podrá sustituir la realidad misma, ni el papel del docente como educador y formador.

Los estudiantes y su selección:

Si el cambio ha de ser profundo y verdadero en EMS se necesita atender el otro binomio de la relación docente-profesor. Si va a existir salud para todos en el año 2000, es incuestionable que la formación de profesionales de la salud ha de ser masiva y para ello no solo es necesario tener en cuenta los factores externos básicos ya señalados, sino también establecer un procedimiento de selección de esos profesionales, donde además de sus logros en la educación precedente, se valoren con igual rigor, sus cualidades morales, políticas y sus deseos de servir al hombre. El cambio necesita, no solo física o química o biología, sino humanismo, amor al prójimo, espíritu de sacrificio y deseos de hacer el bien.

Los estudiantes deben participar en el grupo que elabora el plan y sus opiniones, durante todos los semestres, deberán constituir un aspecto importante de la retroalimentación de todo plan de estudio.

Los cambios externos y el prestigio creciente de la atención primaria en la sociedad hará que la imagen del actual profesional de la salud vaya quedando atrás y facilite las transformaciones necesarias en la EMS de hoy día.

Estudiantes y profesores deben estar compenetrados con la idea de que el dominio de los contenidos por parte de los estudiantes no deben ser tanto de la enseñanza como del deseo y del estímulo por aprender creados en éstos por los docentes. No es posible enseñar sin tener en cuenta lo que se aprende, ni basar la enseñanza exclusivamente en el aprendizaje, sin tener presente el papel de la enseñanza y de la escuela.

La evaluación:

Un cambio que se impone en esta esfera es el concerniente a que la evaluación del aprendizaje que se realice, debe tener como fin determinar si los estudiantes alcanzaron los objetivos establecidos. Cualquier vulneración por parte de los docentes de este principio puede tener consecuencias funestas para la formación del estudiante y para su desempeño como médico.

La evaluación, por otra parte, debe extenderse también al desempeño de los docentes, de los departamentos y del plan de estudio, en su totalidad. Esto último permite el ajuste frecuente de todo el sistema al logro de los objetivos establecidos para el egresado.

El perfeccionamiento de los planes de estudio y los cambios en la Educación Médica Superior:

En la época de los cambios acelerados de la sociedad, del conocimiento y la tecnología se hace difícil que los planes de estudio puedan durar por periodos muy prolongados de tiempo. Un perfeccionamiento continuo y cambios más radicales cada 6 u 8 años son de imperiosa necesidad. La base teórica del plan puede tener larga vida, el diseño no. De ahí que el grupo puede, y debe, ir valorando cada cierto tiempo, sin voluntarismos ni precipitaciones, cuando un nuevo diseño, más innovador, es más adecuado y pertinente, de acuerdo con los cambios ya logrados y establecidos en la atención primaria, y desplazarse entonces hacia esta área de la EMS, buscando un mejor equilibrio entre el hospital y la atención primaria.

ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS EN LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA

Introducción

Dr. Edgar Játiva M.

En el contexto latinoamericano, el Ecuador como los otros países, mantiene un proceso social y económico de dependencia que se ubica en un proceso de crisis, agobiado por la creciente deuda externa y las imposiciones de F.M.I., provando un alto costo social que ocasiona depauperización de las condiciones de vida de los ecuatorianos y en consecuencia graves repercusiones sobre la salud de la población, observándose ya un marcado agravamiento de los perfiles epidemiológicos.

Esta profunda crisis que está afectando a los países latinoamericanos subdesarrollados, exige acciones radicales en todos los niveles para evitar el impacto que está por verse en los próximos años en los procesos de desarrollo socio-económico, y de salud-enfermedad. La superación de los problemas de salud, es entonces principalmente de orden económico, político y social.

"El conocimiento del fenómeno salud-enfermedad deberá partir entonces de una comprensión de las características macrosociales (análisis de la sociedad en su conjunto, modo de producción, desarrollo de las fuerzas productivas, estado, cultura, ciencia, ideología), mesociales (características de la reproducción social familiar, formas de inserción en el proceso productivo y consumo) y microsociales (análisis del individuo como ser biológico y psíquico), específicas de los distintos grupos poblacionales. Se debe considerar la existencia de una dimensión estructural formada por los procesos de desarrollo, la capacidad productiva y relaciones sociales de una dimensión particular formada por los procesos llamados de reproducción social, es decir por aquellos que se establecen en relación a la manera especial de producir y consumir que realiza cada grupo socio-económico y de una dimensión individual, formada por los procesos que en última instancia llevan a desequilibrios orgánicos

fisiológicos y psíquicos, y aún a morir". (1).

La práctica médica se desenvuelve a la par con estos procesos los mismos que se definieran social e históricamente; el intercambio entre los agentes de salud y la población; el mantenimiento de la fuerza de trabajo favoreciendo la producción y acumulación del capital, la conservación de las fuerzas aliadas a los detentadores del poder político, para mantener la hegemonía del poder y la simple dádiva de acciones de salud que buscan renditos de proyección política.

La formación médica no se aporta de estas condicionantes, por lo que hace necesario precisar acciones que dentro de todo este contexto permita reorientar el proceso enseñanza—aprendizaje, a través de alternativas que procure que el recurso humano enfrente la salud-enfermedad en mejores opciones la grave crisis que se avecina.

Situación Socio-económica y de salud en el Ecuador.

A partir de 1970, Ecuador presenta un crecimiento económico importante debido a la presencia de petróleo, el mismo que trae consigo, inversión de capitales extranjeros para impulsar el desarrollo industrial. El ingreso de divizas obtenidas de las rentas del petróleo produce una relativa bonanza que permite al Ecuador forjar la deuda externa de la Independencia e impulsar actividades desarrollistas, sin mayor trascendencia en la mayoría de la población, se descuida el agro y la economía comienza a depender del petróleo.

A partir de 1980, las manifestaciones de la crisis se agudiza con una caída brusca de los precios del petróleo, ocasionando desbalances presupuestarios estatales, de la balanza de pagos y de la reserva monetaria; todos estos fenómenos explicados por una política de estrangulamiento de los países capitalistas hegemónicos, para los países tercer mundistas y en consecuencia en Latinoamérica y el Ecuador. El deterioro económico ha sido severo con un endeudamiento progresivo, implementación de medidas estabilizadoras como devaluaciones progresivas, control de importaciones disminución del gasto público, congelamiento de salarios, liberación de precios, todo lo anterior demuestra que la política económica internacional estaba orientada a superar la crisis de los países del norte a espensas de los países del tercer mundo. (2).

Se produce en el Ecuador un decrecimiento de la producción nacional desaceleración importante en la agricultura, se produjo también, un estancamiento en las exportaciones de productos primarios, como el banano, el café y varios productos manufacturados; el monto de importación del petróleo disminuye, se aprecia algún crecimiento en las importaciones de las piscícolas y camarones, consecuentemente la balanza de pago, mostró un déficit creciente.

La deuda externa continúa con su crecimiento colosal, principalmente de carác-

ter público. Así la deuda per cápita en 1980 fue de 572 dólares/habitantes, en 1985 aumenta hasta 793 dólares (3).

El desigual desarrollo económico ha provocado migración rurales-urbanas agravando aún más el sub-empleo y des-empleo.

El servicio de la deuda externa ha incrementado la capacidad adquisitiva de la población, que se ha deteriorado significativamente en los últimos años, las medidas de tipo estabilizador impuesta por el F.M.I. agravan las condiciones de hambre, miseria y enfermedad de la mayoría de nuestra población, mientras que una pequeña minoría mantiene el poder económico y político y con concentración de riquezas auspiciadas y protegidas por el propio estado. Esta situación está presente en los países de Latinoamérica y tercer mundistas en mayor o menor relación.

En relación a la salud, en la década de los 70, la época petrolera, el país tiene un influjo del Plan Decenal de las Américas, en la que se reconoce la insuficiencia de la cobertura de los servicios de salud, especialmente en áreas suburbanas y rurales. La premisa de que la patología de estas comunidades son principalmente infecto-contagiosas y que no necesitan de personal especializado y técnicas sofisticadas, se plantea la atención primaria "con personal paramédico con mínima preparación buscando como objetivo ampliar la cobertura en detrimento de calidad, es decir mayor población atendida por personal de "tercera" (promotores de salud) situación cuestionada permanente por la universidad. La medicina comunitaria aparece como un nuevo enfoque destinado a la ampliación de cobertura, se da énfasis a la atención primaria con una concepción errónea para mi entender. El aumento de recursos humanos, favorece a que ciertas acciones de salud se vean favorecidas en el sector rural, el parto es atendido por profesionales, existe decrecimiento de las tasas de morbilidad de ciertas enfermedades prevenibles y un incremento de las no isquémicas del corazón, cáncer gástrico, etc. La infraestructura hospitalaria, centros y subcentros de salud aumentan en el país, igual crecimiento encontramos a nivel privado. La Mortalidad de la población ecuatoriana ha presentado discreta mejoría, la Mortalidad general ha descendido de 7.82 a 7.01 por 1.000 h. la mortalidad infantil de 65.8 a 63.8 y la materna de 2.3 a 1.9 por 1.000 nacidos vivos entre 1975 - 1980 (3). A partir de esta fecha, hecho notorio es la creación del Consejo Nacional de Salud, Institución creada con la finalidad esencial y privativa de coordinar las Instituciones del Sector de Salud, al más alto nivel. Es un organismo asesor del Ministerio de Salud Pública; orienta la política de salud y la planificación de las acciones en todas las áreas; y realiza los estudios previos para la creación del Servicio Nacional de Salud.

Sus funciones son:

- a) Asesorar al Ministro de Salud Pública en materia de política nacional de salud.
- b) Establecer recomendaciones para la formulación del Plan Sectorial de Salud.
- c) Colaborar en la ejecución y evaluación del Plan Sectorial de Salud.
- d) Sugerir la adopción de normas de carácter técnico y vigilar su cumplimiento

en las Instituciones en las cuales se aplicará,

- e) Colaborar en el diseño de un mecanismo que permita establecer normas comunes al funcionamiento de los servicios de salud institucional, sean públicos o privados, incluyendo el esquema general de una carrera funcionaria para el área de la salud,
- f) Preparar los estudios para adoptar decisiones en materia de organización y desarrollo del Servicio Nacional de Salud. (4)
- g) Elaborar, aprobar y modificar el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Salud,
- h) Elaborar, aprobar y ejecutar su presupuesto, y
- i) Las demás que se establezcan por Ley o Reglamento.

La O.M.S., declara salud para todos en el año 2.000, tendientes a disminuir las diferencias existentes en las regiones. Se plantea metas mínimas para las Américas que son: incrementar la esperanza de vida al nacer a más de 70 años, reducir la mortalidad infantil a menos de 30 por 1.000 nacidos vivos, la mortalidad preescolar a menos de 2.4 por 1.000 niños de 1 a 4 años, incrementar las inmunizaciones al 100 o/o de los niños menores de 1 año, expandir el acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y evacuación de los desechos al 100 o/o de la población, y el acceso a los servicios de salud al 100 o/o de la población (5).

Para 1985, existe un incremento del presupuesto de salud del 295 o/o, (ajustado a la desvalorización del sucre, incremento del 3 o/o). No existe crecimientos de infraestructura hospitalaria; existen 8.8 médicos, 1.3 odontólogos y 2 enfermeras por 10.000 habitantes; se nota un descenso de la mortalidad general a 5.4 por 1.000 habitantes y mortalidad infantil a 50.5 por 1.000 nacidos vivos, en cambio, la mortalidad materna se mantiene igual, para 1985.

La crisis económica que afecta a nuestro país, agravada por la implementación de una política neoliberal, ha llevado consigo la depauperización de las mayorías, quienes ven un futuro sombrío si no se dan las correctivas económicas que permitan rescatar para el pueblo mejores condiciones de vida, acciones que unifiquen en latinoamérica al no pago de la deuda externa para permitir que las riquezas de nuestro estado, vaya en beneficio de la salud y educación de la población.

Situación de las Facultades de Medicina en el Ecuador

Las Facultades de Medicina del Ecuador a igual que muchas Universidades de Latinoamérica, siente la influencia de la reforma de Córdova, y el cuestionamiento del sistema educativo y el análisis curricular se vuelve acción formalmente en la década del 70. El IV Seminario Nacional de Educación Médica, 1979, recomienda a las Facultades de Medicina, planificar la reformulación curricular, procurando que el proceso educativo permita al alumno el contacto con los problemas de salud individuales, familiares y colectivos de salud en complejidad creciente de acuerdo a su nivel de preparación.

Esta premisa formaba parte de un concepto más amplio, la necesidad de cambiar el discurso teórico-académico con trabajo en salud.

Se manifiesta que la docencia debe impartirse no solo en la emergencia o sala de los hospitales, sino también en las consultas externas o laboratorios y no únicamente en las zonas urbanas y suburbanas, sino también en las rurales (6).

Siendo esta la tónica del desarrollo de la Educación Médica en el Ecuador, sus facultades han realizado cambios que como superestructura del sistema, no hacen sino paliar los requerimientos populares, plasmarlos. Las experiencias de los médicos que no recibieron la educación apropiada en relación a la realidad social que les tocó afrontar y fundamentalmente los cambios acelerados de las fuerzas de producción y las relaciones de producción han determinado que las facultades de medicina se vean compelidas a cambiar.

Los cambios han sido más bien formales, académicos, como la introducción de asignaturas nuevas de acuerdo al avance universal de la ciencia y la tecnología, reducción o ampliación de enseñanzas de las diferentes materias, jerarquización de las materias principales y accesorios. Agrupación de materias en departamentos o áreas del conocimiento, implementación de la coordinación horizontal y vertical, modificación e implementación de nuevas metodologías o técnicas de enseñanza y utilización de los servicios de salud, al nivel hospitalario constituyéndose en el eje de la formación del estudiante e incipientemente acciones en los hospitales cantonales y centros de salud (7).

Pero habrá que velar el impulso a la investigación científica en nuestras facultades, tratando de depender menos cultura y científicamente, buscando el saber en nuestra propia realidad, como lo demuestra el estudio realizado por AFEME en el Diagnóstico Científico y Tecnológico del Sector Salud en el Ecuador (8), estudio que permitió levantar pormenorizadamente la información de más del 90 o/o de investigadores, proyectos y centros de investigación, así como publicación de libros y artículos científicos. Esta acción constituirá en todo caso uno de los mejores logros alcanzados por la Educación Médica en el Ecuador.

Nuestras Alternativas

Abrir la mente de educandos y educadores al hecho de forjarnos cada día como trabajadores de la salud, conociendo científicamente nuestra realidad que permita desarrollar una conciencia crítica frente a la trascendencia de los problemas de salud de nuestro pueblo, con el compromiso de crear una conciencia transformadora. Que nuestras actividades de trabajo, estudio-trabajo, deben enfocar la totalidad del problema de salud verificadas a través de la aplicación del análisis científico, desarrollando nuestra creatividad y utilizando los conocimientos y la tecnología universal. Que nuestras actividades de docencia, servicio e investigación, tienen que inscribirse en el ámbito de la Medicina Social y que el enfoque de la preventiva y de edu-

cación amplia y popular, deben ser parte de nuestro quehacer en todos los campos (7).

Situación esta que nos permite plantear dos estrategias o más bien dos alternativas que siendo debatidas permanentemente y en todos los países latinoamericanos, para nuestra realidad no cumple con aspiraciones que satisfagan todas las premisas anteriormente realizadas. Me refiero a la Integración Docente Asistencial y a la Medicina Comunitaria.

Integración Docente Asistencial

Si bien en nuestro país existen actividades de integración, podré afirmar que el logro de esta estrategia así conceptualizada, necesita muchos pasos por recorrer y fundamentalmente decisiones que tomar.

La formación de especialistas que necesita el país a través de residencias de postgrado, constituye uno de los más importantes programas de Integración Docente Asistencial que tiene el Ecuador.

La publicación en el Registro Oficial en marzo de 1987 del Acuerdo Ministerial que amplía el Programa Nacional de Internado Rotativo en la que se incluye a los estudiantes del último año de las Escuelas de Medicina, Obstetricia, Enfermería y Tecnología Médica, legitima este programa de Integración Docente Asistencial.

La Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina, desde 1978, viene planteándose la necesidad de incorporar tempranamente a los estudiantes, a las acciones de salud (9) transformando la educación hospitalaria e intramural por nuevas experiencias de aprendizaje con el estudio y trabajo y el conocimiento de la realidad poblacional.

El externado obligatorio (10) alternativas de formación práctica, prácticas en Servicios Ambulatorios (11) y otras publicaciones de AFEME, se encuentra detallado este gran proyecto de integración que fue postergado y relegado por la decisión estatal.

Por tal motivo consideramos que hoy se presentan las condiciones coyunturales que permitan legitimizar la Integración Docente Asistencial a todos los niveles, en la que se imbrigen toda la capacidad instalada del sistema de salud con la universidad, convirtiendo a toda una región o sector en un inmenso campo docente asistencial con logros y ventajas para las instituciones formadoras, las instituciones prestadoras de salud y muy especial nuestra población que finalmente es la que recibirá los beneficios de tan imponente acción.

La Medicina Comunitaria

La nueva concepción planteada (12) está enfocada a la formación del médico comunitario con perfil profesional de desempeño ubicado en y para los sectores rurales de nuestra población, buscando el mejor recurso de alto nivel y preparación académica, combinado con profundo conocimiento de la realidad socio económica del país y de los factores sociales que determinaban el proceso de salud y enfermedad. Con un compromiso transformador que permita canalizar las aspiraciones de una población marginada y postergada.

Se han determinado los niveles formativos y la responsabilidad universitaria, o se está definiendo las acciones comunitarias y se está proyectando la acción futura de este importante agente de salud.

Estas dos alternativas planteadas y a pesar de ser debatidas por algunos años en diferentes foros, consideramos que para nuestro país y muchos otros de América Latina tiene mucha validez, por lo que aspiramos que con el esfuerzo brindado se logre las metas propuestas para beneficio de la Educación Médica Ecuatoriana y Latinoamericana.

Bibliografía

1. BREILH, J, LAUREL, AC. Enseñanzas y usos de la Epidemiología. Santo Domingo (R. Dominicana). Colección SESPA 1982.
2. BAEZ R. Fases de Características de la Acumulación de Capital en el Ecuador. En Análisis del papel desempeñado por la Ciencia y la técnica en el proceso histórico social del presente siglo - pp. 41-45. Quito 1984. CEAS CONACYT.
3. SUAREZ, J. y Col. La Situación de la Salud en el Ecuador. 1962-1985 — INIMS 1981. pp. 69-77.
4. M.S.P. Informe del Ministerio de Salud. Agosto 1984.
5. Registro Oficial No. 124.
6. ESTRELLA, G, SEMPERTEGUI, P, JATIVA, E, RODRIGUEZ, P, Consideraciones sobre el programa de externado obligatorio, En Memorias V Seminario Nacional de Educación Médica. Loja 1979.
7. SOLIS, R, Perspectivas de cambio curricular y nuestras propias experiencias. En Memorias V Seminario Nacional de Educación Médica, Loja 1979.
8. AFEME — CONACYT Diagnóstico Científico y Tecnológico del Sector Salud en el Ecuador. Quito 1986.
9. JATIVA, E, Incorporación temprana de los estudiantes a los Servicios de Salud. Quito 1977.
10. ESTRELLA, G, Col. Externado obligatorio. Publicación AFEME. 1978.
11. AFEME Memorias Seminario sobre Práctica en Servicios Ambulatorios. Quito 1982.

ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS NA EDUCACAO MEDICA LATINO AMERICANA

Eleutério Rodriguez Neto

Em primeiro lugar é necessário se pensar o que possa ser uma “alternativa transformadora na educacao médica”, ainda que aparentemente óbvio. Fugindo aos chaves correntes do tipo “formar um profissional competente, crítico e criativo”, me parece que a chave da questao está na aderencia do projeto pedagógico ao projeto de transformacao social, na sua perspectiva democrática. Isto é, quais as características que deve ter uma proposta de educacao médica para que a mesma responda e contribua para o processo de democratizacao em geral e, particularmente, da Saúde.

Evidentemente que, sob essa ótica, podemos ter tres possibilidades: a primeira, que o projeto democrático seja hegemônico; a segunda, que o processo social seja democratizante, mas reformista; e a terceira, em que a perspectiva democrática é contra-hegemônica.

Se é fácil o enquadramento dos países nessa categorizacao, o importante é entender que a cada situacao corresponde uma estratégia política e metodológica distinta. O último caso, ontologicamente conhecido por todos e vivido ainda por alguns, é o projeto da resistencia e que nao comporta outras análises que não a política. O primeiro, ainda vivido por poucos, é o da busca da organicidade da formacao médica com uma nova realidade social e política que, por sua vez nao é mecânica e supoe uma discussao metodológica as vezes longa e conflitiva. O processo de abertura democrática na maioria dos países latino-americanos nos une em torno de preocupacoes comuns, ainda que em situacoes variaveis, em funcao da natureza e grau desse processo social político. E sobre essa realidade que procurarei me ater mais.

Ao longo deste século temos vivido e nos submetido a várias propostas de mudancas na formacao médica que responderam a momentos sociais e economicos bastantes precisos.

A primeira mudanca foi representada pela “reforma Flexner” no comeco do

século nos Estados Unidos e incorporada depois de décadas pelos demais países da América. Ainda que sob uma perspectiva conservadora, pois biologicista, atonizadora, individualista, curativa e hospitalar, pode ser considerada como o único movimento de transformacao real a que se submeteu a escola médica neste século. Isto porque criou novas situacoes objetivas de organicidade entre a formacao e a tendencia economica e socialmente determinada de uma prática médica para as elites e a servico dos interesses da indústria de insumos para o setor. Sob o argumento do avanço científico e tecnológico criou-se a situacao ainda hoje hegemônica de estruturacao do pensamento, do ensino e da prática que está por ser revertida.

Outros movimentos tidos, muitas vezes como transformadores, já foram exaustivamente analisados e categorizados como ideológicos e reformistas ao responderem a crises do modelo hegemônico através de alteracoes parciais e as vezes marginais do mesmo, conforme conceituava Cecilia Donnangelo.

Todos conhecemos as vicissitudes das propostas da Medicina Integral e Preventiva, da Medicina Comunitária e da chamada Integracao Docente—Assistencial, em relacao aos programas de extensao de cobertura.

Embora cada um desses movimentos tenha trazido a discussao novos conceitos, alguns estrategicamente importantes para o questionamento do modelo vigente, nenhum deles, e é perfeitamente compreensível, pode reverter as tendencias entao instaladas.

A par dessas propostas que tinham a suposta intencao de mudar a natureza da prática médica através do processo educacional, uma outra corrente surgiu na década de 70 propondo a “eficientizacao” do processo educacional e respondendo a “massificacao” do ensino; é a tecnologia educacional, assentada na sociologia funcionalista e na psicologia “behaviorista”.

Sao dessa época inúmeras propostas de reformas didáticas e curriculares, num afa modernizador e fetichista.

Nao se pode deixar de referir algumas experiencias importantes conceitual e politicamente que foram desenvolvidas no periodo, a partir dos espacos abertos pelas contradicoes intrinsecas das reformas pretendidas.

O movimento da medicina preventiva deu frutos importantes do ponto de vista do avanço epistemológico do conhecimento em saúde e propiciou a formacao de quadros significativos do pensamento critico na área.

A medicina comunitária com todas as suas conotacoes marginalistas e seu baixo poder de contaminar as demais práticas curriculares permitiu o desenvolvimento de experiencias de organizacao de servicos significativos para o momento atual.

O conceito de integracao trabalho-estudo que estava subjacente a proposta de

I D A também levou a avanços conceituais relevantes e a experiências localizadas de alguns currículos realmente inovadores, ainda que não se tenha notícia da continuidade e frutificação desses modelos ao longo dos anos, a não ser nos países do referido primeiro grupo.

É necessário se registrar também um fenômeno que se deu em alguns países e com ênfase, no Brasil. A impossibilidade das mudanças curriculares contemplarem de forma real e consequente a dimensão coletiva da saúde, seja sob forma de saúde pública, medicina preventiva ou medicina social, levou a que os profissionais-docentes dessa área praticamente abandonassem o empenho no ensino de graduação, para se concentrarem na pós-graduação em suas várias feições, mais especialmente na formação do "Snitarista", um verdadeiro profissional de saúde alternativo. Não há dúvida de que o movimento da medicina social surgido nos departamentos de medicina preventiva e o movimento sanitarista tiveram um papel essencial na construção da contra-política de saúde (e aqui me refiro ao Brasil) que hoje tenta informar, pela dimensão progressista, as reformas que se processam no setor. Entretanto, cabe, no momento a discussão sobre as possibilidades da retomada do espaço institucional da Universidade e das Escolas da área da saúde numa nova estratégia convergente entre o processo de formação e a nova realidade de prestação de serviços que se conquista gradualmente.

Considerando o caso do Brasil, tudo indica que o setor saúde vive um momento particularmente promissor, em que mudanças institucionais começam a ocorrer e devem se acelerar após a promulgação da nova constituição e de uma nova lei do Sistema Nacional Único de Saúde. É inevitável nesse processo a redefinição do papel dos hospitais universitários e uma mais ampla utilização da rede como campo de treinamento e pesquisa.

Pela primeira vez, ao longo de décadas o corpo docente tradicional encontra-se perplexo face as perspectivas de mudanças das quais não é protagonista e que vêm em direção contrária às tendências às quais estava acomodado.

Por outro lado a insegurança e incerteza do mercado de trabalho tradicional (urbano, hospitalar, especializado e privado) cria a possibilidade de aliança com setores habitualmente conservadores, como, o dos médicos e dos próprios estudantes de medicina.

Se em outros momentos se considerou que qualquer nova intencionalidade do curso médico deveria ser provido através de mudanças curriculares, parece que hoje, a situação nos leva a estratégia diversa. Fica evidente o pífio que seria qualquer iniciativa de mudança curricular que não contemple a nova situação que se avizinha; e a situação não tem ainda perfil totalmente definido. Assim, o que compete à Escola é participar do processo de transformação do setor como mais um protagonista. E, os que têm, por opção prévia formação e experiência não restrita à prática docente e assistencial tradicionais tem mais condições de exercer a liderança nesse momento.

Assim, parece-me que uma proposta ou alternativa transformadora na educação médica não passa necessariamente por transformações curriculares globais; passa sim por uma estratégia com três vertentes: uma, que coloque a Escola Médica (ou de Saúde) mais articulada com as instituições de prestação de serviços de saúde exigindo o seu espaço de participação no processo de planejamento do novo sistema de saúde; outra que acabe com o "gheto" dos docentes da área de Saúde Coletiva, que precisam sair da posição historicamente necessária, mas as vezes cômoda de não se integrarem com as demais áreas no ensino de graduação; e a terceira, de caráter metodológico, que explore em todas as situações de ensino o conceito de integração trabalho/estudo, como a principal ferramenta para se conseguir a revelância dos conteúdos disciplinares e a possibilidade concreta de interferir no real dos serviços e da população. Trata-se de aumentar a "superfície de contato" entre o objeto e o sujeito do conhecimento, de eliminar o prisma de distorção que normalmente representa a Escola e o Hospital e que se interpoe entre o aluno e a realidade objetiva que o envolve.

Nada de novo, pois; apenas a conquista social e política de uma nova correlação de forças que nos indica a certeza da nossa estratégia de luta. Os conceitos já discutidos em reuniões da UDUAL por Juan Cesar Garcia e outros companheiros.

O momento é pois, de se pensar estrategicamente e viver o processo por dentro, de forma política e tecnicamente consequente.

Alguem poderia dizer: e a autonomia universitária?

Eu diria: que autonomia? a não ser para resistir heroicamente.

SEXTA SESION PLENARIA

“EL METODO DIALECTICO DE DESARROLLO CURRICULAR, UNA ALTERNATIVA MAS EN LA EDUCACION Y LA PRACTICA MEDICA DE CENTRO AMERICA”

Dr. Raúl Felipe Cálix,

Actualidad del Tema

La importancia política de la salud pública crece cada día más en forma proporcionalmente directa al desarrollo progresista social, económico, político y cultural de la humanidad. Esto se debe, en primer lugar, a que la salud, del individuo o de la población, es el principal indicador de ese desarrollo; en segundo lugar, a que es el principal producto de ese desarrollo; en tercer lugar, a que es el principal objetivo del mismo y en cuarto lugar a que es o debería ser su principal gestor o inductor. En otras palabras, la salud se ha convertido en el principal elemento del bienestar material y espiritual del hombre.

La significación política de este hecho fue notablemente destacada en la reunión de la asamblea mundial de la salud en la ciudad de Alma-Ata, URSS, al poner frente a todos los gobiernos del planeta y frente a la opinión pública mundial la grandiosa meta de Salud para Todos en el Año 2.000. Esta meta encierra en sí el profundo compromiso moral de los países, por hacer todos los esfuerzos posibles para dedicar los recursos materiales, organizativos, técnicos y científicos necesarios para lograr la misma. Esta meta representa, quizás, uno de los más grandes mensajes de paz de los últimos tiempos, porque es una meta común aceptada por todos en aras de la salud física y espiritual del hombre; que traerá por consiguiente, un clima más saludable en las relaciones internacionales. Un ejemplo palpable de esto es la confluencia de esfuerzos alrededor del plan de Supervivencia Infantil auspiciado por el Grupo de Contadora (México, Panamá, Colombia y Venezuela) y el Grupo de Apoyo (Argentina, Brasil, Uruguay y Perú) para conseguir la ayuda internacional de países desa-

rollados (los países de la Comunidad Económica Europea e Italia) y de organismos internacionales (UNICEF, OPS, PASCAP, INCAP, ACAFAM, etc) para ayudar a los países Centroamericanos (Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica) a resolver los problemas materno-infantiles, a pesar del clima de guerra y conflicto político-ideológico reinante en la región.

Esta importancia, cada vez mayor, de la Salud Pública en los contextos nacional y mundial trae consigo problemas de singular actualidad como es el de una correcta política de formación y capacitación de cuadros técnico-científicos en el área de la salud y de otras áreas afines, así como una adecuada política para la generación de la ciencia y la técnica que la realidad de cada país exige.

Una política de preparación de cuadros exige, necesariamente, una política académica que prevea el diseño y la implementación de las estrategias metodológicas necesarias para el correcto diagnóstico prospectivo de la realidad circundante, para la preparación de los perfiles ocupacionales y educativos de los futuros egresados, para la definición de las áreas prioritarias del desarrollo científico y técnico y para la adecuada gerencia administrativa del proceso integrado docente-asistencial.

Relacionado con lo anterior es necesario recordar que América Latina es una zona de transición entre el subdesarrollo y el desarrollo, y que en este contexto dual los problemas de este último son mucho más agudos que en los países desarrollados. Así, la mercantilización de la medicina, tanto a nivel individual como institucional, ha adquirido niveles alarmantes. El costo de la consulta privada aumenta cada día más; muchos médicos se han convertido en acervos propagandistas, intermediarios y esclavos de los grandes monopolios extranjeros productores de equipos y medicamentos que cada día aumentan los precios a sus productos a tal grado que la inmensa mayoría del pueblo se ve imposibilitado de comprarlos. Aún así, sus ganancias son extraordinarias y han convertido a este rubro en el más comercial de todos los existentes. De esta manera, la medicina curativa, y por esto paliativa, se ha enseñoreado sobre la preventiva a costa de la salud del pueblo. Exactamente lo mismo puede decirse de la investigación científica médica, desfasada de la realidad nacional.

Otro aspecto importante de la deshumanización de la medicina radica en las formas que adopta la apropiación de las conquistas que brinda la revolución científico-técnica actual. En este sentido, lo más peligroso radica en la enajenación progresiva en que va cayendo el personal de salud cuando entre él y el paciente se interpone el aparato o cualquier otro medio técnico. Esto conduce a la mecanización del proceso de relación entre el médico y el paciente, a la relegación de éste último a un segundo término y a convertir al aparato en un objetivo en sí y no en un medio para ayudar al paciente. Muchas tendencias tecnocráticas, en la solución de los problemas de la salud y la educación, tienen su raíz, precisamente, en el fenómeno descrito.

La problemática de la deshumanización de la medicina relacionada con los aspec-

tos socio-económicos y político-culturales, de un lado, y con el progreso técnico-científico por el otro, necesita ser urgentemente abordada con nuevas estrategias pedagógicas y metodológicas, para su solución.

El papel de la Universidad en el Desarrollo Social de Latinoamérica

Tanto los países latinoamericanos como sus Universidades poseen una serie de rasgos comunes que nos permiten realizar el análisis del rol de la Universidad en el desarrollo social, en el contexto de uno de ellos, por ejemplo, en el de Honduras. Esas características dependen del origen común: histórico, étnico y cultural de dichos países, así como también del hecho de vivir y desarrollarse en similares condiciones sociales, políticas y económicas impuestas por el subdesarrollo y la dependencia externa.

Las Universidades, por otro lado, tienen de común: su autonomía, su cogobierno docente-estudiantil, un enorme peso específico en la vida de nuestros países y su permanente rebeldía en contra del sistema de subdesarrollo y dependencia externa en que se encuentran inmersas.

Hechas estas consideraciones, entramos en materia preguntándonos cuál es el propósito fundamental de la Universidad?. La respuesta a esta pregunta tiene un profundo sentido político e ideológico, ya que depende de la ubicación de los diferentes grupos y tendencias prevalentes en la Universidad.

Así, los movimientos de la extrema izquierda universitaria le adjudican a la Universidad el papel de clase social al pretender que ella, pero fundamentalmente los estudiantes, hagan la revolución o el cambio social total. Esta falsa posición pequeña burguesa intenta arrebatarle su verdadero rol histórico a las clases productivas de la sociedad, la obrera y la campesina, y despojar del suyo a la Universidad. Al respecto, vale la pena destacar que esta no es más que una institución pluriclasista en la cual estudian representantes de las diferentes clases y capas de la sociedad. Sin embargo, en honor a la verdad, hay que decir que lo que menos hay en la Universidad son estudiantes provenientes de los obreros y campesinos, porque éstos no tienen las posibilidades materiales para llegar a ella. También es cierto que la gran mayoría de los hijos de la oligarquía nacional, en muchos países latinoamericanos, realizan sus estudios universitarios en las grandes metrópolis norteamericanas y europeas.

En algunos países del continente los movimientos oportunistas de izquierda han logrado detener o distorsionar el desarrollo científico y académico-administrativo de las Universidades y, en general, de la enseñanza superior, basados en la falsa premisa de que este desarrollo apunala o apoya al sistema capitalista dependiente y, por lo tanto habrá que ocuparse de la ciencia, de la técnica y del proceso académico hasta que triunfe la revolución. Cabe, entonces, preguntarles a estos señores: a) acaso la revolución no necesita de la ciencia? b) el proceso revolucionario o de cambio

no es, por fortuna, un proceso científico? c) acaso la revolución no es producto, en gran medida, del desarrollo de la ciencia?. De esta manera, se quiere convertir a la Universidad, y en parte lo han logrado, en una entidad panfletaria y consignera donde la agitación política es un fin en si y no un medio o instrumento de lucha para generar el proceso de cambio social a través del desarrollo científico. De otro lado, han generado en el seno de la Universidad una profunda contradicción, de carácter antagónico, entre lo general y lo particular, pues plantean consignas y problemas que sólo pueden ser resueltos a nivel nacional o internacional, con el concurso de poderosas fuerzas del entorno macrosocial y extrauniversitario; este hecho impide a la Universidad resolver los problemas concretos de su competencia.

Las fuerzas ultraderechistas universitarios coinciden completamente con las de la ultraizquierda, sólo que desde posiciones ideológicas aparentemente contrarias. Ellos persiguen la formación de un profesional individualista, egoísta, enemigo de las conquistas populares de su pueblo, elitista, conservador, mercantilizado y partidario del statu-quo.

Ambas fuerzas extremistas luchan por una Universidad instrumentalizada y polarizada política e ideológicamente. Eso se debe a que dichas fuerzas responden a los intereses y luchan por los objetivos de partidos y movimientos políticos extrauniversitarios que lo único que buscan es una cuota de poder dentro de la Universidad para instrumentalizarla.

Esta Universidad instrumentalizada y polarizada genera profundas contradicciones, conflictos y enfrentamientos entre los distintos grupos estudiantiles y profesionales. Lo que es peor todavía, es que se convierte en el mejor caldo de cultivo de una serie de falsas corrientes académicas como, por ejemplo, el cientificismo, el teoricismo, el subjetivismo y otras, llenas de dogmatismo y del más crudo sectarismo ideológico. Esta situación exige el surgimiento y desarrollo de las verdaderas fuerzas progresistas agrupadas alrededor de programas amplios, con reivindicaciones concretas e históricamente adecuadas al rol social de la Universidad. En otras palabras, es necesario llevar adelante una política de frente amplio que ubique a las diferentes fuerzas, movimientos y tendencias universitarias en un amplio corredor dialéctico en el que se colocan la mayoría de los fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, evitando las situaciones extremistas y el centrismo ecléctico e infundado. Mientras no se realice esta correlación conceptual, política y académica la Universidad seguirá a la deriva en el cumplimiento de su deber social y en su desarrollo científico.

Otro aspecto de relevante importancia es el relacionado con la contradicción, no antagónica, entre el profesor y el estudiante. Así, ciertos grupos pretenden, equivocadamente, adjudicarle un carácter clasista y antagónico, aseverando que los estudiantes representan al proletariado y los profesores a la burguesía. En base a esto, surgen tendencias hegemónicas del mal llamado "poder estudiantil" con características anarquistas "superrevolucionarias", que pretenden "popularizar" la ense-

ñanza sacrificando la excelencia académica. Por su parte los grupos conservadores son partidarios de las políticas represivas y elitizantes a través de cupos discriminatorios que impiden el acceso de los sectores populares a las aulas universitarias. Ambos extremos estancan a la Universidad.

A la luz de lo expuesto, nos preguntamos cuáles podrían ser las causas de esta situación y llegamos a la conclusión de que se trata de una falsa interpretación de la realidad nacional. Estos grupos creen que la Universidad es un calco mecánico o una simple fotografía de la estructura macropolítica del país, especialmente de los movimientos y partidos que se disputan el poder político y por lo tanto éstos deben tener sus filiales en la Universidad y gobernarla en aras de sus intereses sectarios. A este respecto, no nos olvidemos que los partidos políticos actuales, en su inmensa mayoría, son producto del sistema de subdesarrollo y dependencia externa y están destinados a reproducirlo.

La Universidad es, entonces, el reflejo de la realidad nacional en su conjunto y no el calco mecánico de esta y mucho menos de una parte de ella. En tal virtud es de vital importancia realizar un trabajo científico serio en la búsqueda e implementación de vías, métodos e instrumentos para la comunicación con esa realidad a fin de estudiarla y transformarla. A través de este proceso ella se convertirá en el principal elemento formativo del estudiante universitario y de los profesores mismos.

En base a lo expuesto, cómo es posible conjugar la autonomía universitaria con los deberes sociopolíticos de la Universidad para con la comunidad?. Creemos que esto debe hacerse en base a los siguientes principios:

1. La Universidad debe estar al margen de la lucha politiquera de los partidos y movimientos políticos, a nivel nacional, pero al mismo tiempo mantener su compromiso con los intereses, problemas, inquietudes y esperanzas del pueblo.
2. Mantener su objetividad científica y su espíritu crítico frente a los fenómenos negativos de la vida nacional e internacional, participando al mismo tiempo en la solución de los problemas y conflictos que afronta el país.
3. Mantener su independencia y su autonomía, pero al mismo tiempo participar en el desarrollo nacional, el progreso social, la lucha por la paz y la independencia de nuestro país.

Cuál podría ser la premisa teórico-filosófica para el cumplimiento de estos principios?. Creemos que ella consiste en que la ciencia es el principal objeto de trabajo de la Universidad en la producción de la tecnología adecuada y de los profesionales necesarios para el desarrollo nacional. Se trata, pues de todo un proceso de transmisión de conocimientos científicos y de la búsqueda e implementación de los mismos que exige para su desarrollo condiciones de libertad y democracia, pero que una vez dadas se las impone a la misma institución docente. En otras palabras, a mayor desarrollo científico mayores son las exigencias de libertad y democracia y, a la inversa, entre más libertad y democracia se tenga, mayores serán las posibilidades del desa-

rollo científico de la Universidad. Sólo observando estas condiciones es que la Universidad será capaz de desfasarse del sistema imperante y cuestionarlo. Este desfase y este cuestionamiento se da, también, porque la enseñanza superior es el eslabón final del proceso educativo, que produce los profesionales que dirigirán las diferentes ramas de la esfera productiva y la estructura socio-política y administrativa del país.

En definitiva el rol histórico de la Universidad consiste en contribuir a la transformación progresista de la realidad nacional, no de cualquier forma, sino que a través de su quehacer fundamental que es el académico. Es decir, a través de la organización científica del proceso educativo, para producir la ciencia, la técnica y los profesionales adecuados que esa realidad nacional exige.

Cuando nos referimos a la organización científica del proceso educativo, tenemos en cuenta la posibilidad de parangonarlo o igualarlo con el verdadero proceso productivo, a través del cual podemos manejar categorías como las de: a) fuerzas productivas (profesores, estudiantes y trabajadores universitarios), b) medios de producción (medios audiovisuales, editoriales, textos, revistas, bibliotecas, etc.), c) productividad académica (producción científica, técnica y de profesionales, evaluable cualitativamente), d) organización de la producción (organización científica del proceso educativo), etc. e) relaciones de producción, entre profesionales y estudiantes, dirigencia universitaria y sindicato, otros). Mediante semejante proceso tendremos la posibilidad de evaluar no solamente el proceso educativo en sí, sino que la producción científica y técnica de la Universidad, el desempeño de los profesionales producidos y el impacto transformador producido en la realidad nacional.

Para que la Universidad pueda cumplir con su rol histórico tendrá que realizar, en su organización interna, los siguientes objetivos:

1. La democratización del proceso enseñanza-aprendizaje. En este sentido vale la pena destacar que ciertas personas limitan este aspecto a la simple masificación estudiantil sin importarles la calidad académica del proceso.

Nosotros creemos que la democratización conlleva otros elementos importantes tales como:

El cambio del espectro social del estudiantado, permitiendo el ingreso de estudiantes provenientes de las clases populares.

- La creación de programas de ayuda económica para el mantenimiento de estos estudiantes.
- La flexibilización del currículo y de los sistemas de evaluación del estudiante. En este sentido, deberán tenerse en cuenta las condiciones socio-económicas y la idiosincracia de los estudiantes en la innovación metodológica del currículo.

- Fomentar la libertad de cátedra no sólo desde el punto de vista metodológico e investigativo, sino que, fundamentalmente, desde el punto de vista de la enseñanza de las corrientes progresistas del pensamiento científico.
- La apertura de la Universidad al pueblo a través del diseño de todo tipo de cursos, talleres, seminarios, etc., de acuerdo a las exigencias de la comunidad.
- La creación de secciones o departamentos especializados en sicopedagogía que presten una ayuda efectiva y medible a los estudiantes en el área del aprendizaje.

2. La tecnificación del proceso educativo. Al respecto queremos aclarar que no pretendemos desarrollar una tendencia tecnocrática, sino que aplicar en forma progresista las conquistas de la revolución científico-técnica en la esfera de la educación. En este sentido, es necesario destacar el hecho de que ciertos grupos sectarios temen, hipócritamente, la utilización de medios audiovisuales modernos y de los sistemas de computación, bajo el pretexto de que esto aumenta la dependencia tecnológica frente a los países desarrollados. Nosotros, por el contrario, estamos seguros de que hay que adquirir los equipos y los procedimientos técnicos más sofisticados para la adecuada formación de los cuadros científicos y técnicos que nos sacarán del subdesarrollo y de la dependencia externa.

De tal manera, la tecnificación del proceso educativo podría incluir los siguientes aspectos:

- El desarrollo de la tecnología educativa, creando para ello unidades especializadas.
- El desarrollo amplio de la investigación científica en base a un diagnóstico de necesidades prioritarias de la realidad nacional.
- El desarrollo especial de la investigación científica en la esfera educativa.
- La creación de estructuras adecuadas y la implementación de políticas y estrategias para la capacitación permanente de los profesores en los aspectos pedagógico, metodológico y científico-técnico. Así como la capacitación de la dirigencia académica (Decanos, Jefes de Departamento, Coordinadores, etc.) y del personal administrativo en los aspectos de gerencia administrativa.
- La computarización del proceso académico-administrativo y de todos los niveles accesibles del proceso enseñanza-aprendizaje.

3. La adecuación de la Universidad a la realidad nacional. Queremos destacar el hecho de que la Universidad, en muchos países latinoamericanos, se ha proyectado hacia la comunidad sólo a través de algunas acciones de extensión que no van más allá de la simple difusión cultural o de simples experiencias pedagógicas. Es decir, que ni los profesores, ni los estudiantes, se han insertado en el proceso productivo de la comunidad y por lo tanto, no han producido ningún impacto en la transformación de la realidad vivida por esa comunidad. Por esta razón es necesario adecuar no sólo las funciones sino que también las estructuras universitarias a la realidad nacional.

Otro aspecto importante consiste en buscar y fundamentar científicamente las vías y los mecanismos de comunicación mutua entre la comunidad y la Universidad, a fin de que esta no imponga sus criterios o sus esquemas subjetivos de trabajo, aislados de la realidad.

Hechas estas consideraciones pensamos que algunos de los elementos de la adecuación de la Universidad a la realidad nacional podrían ser:

- La definición de los perfiles necesarios para el diseño de un currículo adecuado.
- La adecuación de los contenidos programáticos a la realidad de salud del país, previo análisis y diagnóstico de la misma.
- La inserción de estudiantes y profesores en el proceso productivo del país a través de la integración del estudio y del trabajo.
- Producir, en cantidad y calidad, los profesionales que el país necesita.
- Diversificar la enseñanza de acuerdo a las necesidades del país.

Para finalizar esta parte relacionada con los objetivos generales de la Universidad queremos señalar que estos se entrelazan entre sí en forma dinámica, de tal manera que muchos aspectos son comunes a los tres objetivos citados.

Esta correlación conceptual, política y académica quedaría trunca si no nos referimos al binomio constituido por el profesor y el estudiante, alma de todo el proceso educativo.

Se trata de una contradicción no antagónica, en la cual se da la lucha y la unidad de los contrarios. El mal manejo de la misma nos puede llevar a crear la lucha antagónica entre el profesor y el estudiante, por ejemplo, cuando absolutizamos el rol de uno de ellos en el proceso educativo, generando las tendencias hegemónicas a las que hacíamos mención antes, o cuando no valoramos científicamente el dinámico y cambiante rol histórico de cada uno de ellos en el mencionado proceso educativo. A eso se debe que le demos una enorme importancia a la investigación científica en la esfera educativa, a fin de encontrar y valorar las características sociológicas de cada uno de ellos y del proceso en sí.

Lo que apuntamos arriba es tanto más relevante si tenemos en cuenta las particulares condiciones sociopolíticas de la América Latina, que es una zona inestable pero al mismo tiempo, sumamente dinámica. Como causas de esta situación mencionaremos las siguientes:

Es una zona de transición entre el subdesarrollo y el desarrollo; fenómeno observable, en muchos sectores, tanto a nivel continental como dentro de cada país. Es decir, que América Latina perteneciendo al llamado "tercer mundo", no tiene, exactamente las mismas características de desarrollo que los países de Asia y Africa. Por otro lado, tampoco pertenece al llamado "mundo desarrollado", pero

en muchos aspectos los índices de desarrollo de algunos de sus países son iguales o superan a los de algunos países o zonas de Europa y Norteamérica.

En América Latina tiene lugar un complicado proceso, único por su naturaleza, de formación y consolidación de una nueva cultura en la que se reflejan la mayoría de las corrientes culturales y de las razas del mundo. Este hecho deja una huella especial en la problemática socio-política y económica del continente, en la solución de la misma y, lo que es muy importante, en el carácter de sus habitantes. Este último factor justifica, en serio, el desarrollo y la aplicación de la sicopedagogía en la esfera educativa.

No podemos dejar de lado los vicios intrínsecos del mismo proceso educativo, en el cual se le ha dado gran atención y preponderancia al desarrollo de la enseñanza y a la capacitación pedagógica y técnica del profesor, dejando de lado el área del aprendizaje y la capacitación del estudiante para la asimilación del conocimiento. Al respecto, hay que darle la importancia debida, tanto a la enseñanza como al aprendizaje, tanto al profesor como al estudiante. En general, hay que desarrollar la tecnología educacional como el elemento dinámico que los relaciona y los une.

Aspectos Metodológicos Generales

En otros trabajos, escritos por nosotros, hemos sometido a la crítica correspondiente tanto a los modelos curriculares tradicionales como a los modelos modulares. En tal virtud nos queda, entonces, la posibilidad de proponer nuestra propia alternativa a la que hemos denominado "El Método Dialéctico de Desarrollo Curricular" y que tiene las siguientes características:

1. Utiliza las principales categorías dialécticas del desarrollo de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento en el análisis y la solución de la problemática curricular.
2. Procura ubicar los problemas y fenómenos político-ideológicos, relacionados con la educación superior y su entorno socio-económico, en un corredor dialéctico históricamente adecuado, evitando los extremismos y el centrismo.
3. Utiliza la ley de la "negación de la negación" para orientar el curso progresista del proceso educativo, tanto en la categoría espacio tiempo, como en las de estructura-función y contexto-integralidad. Es decir, que se hace a un lado lo negativo y se afirma lo positivo de los curricula tradicionales y de los innovadores, así como de los aspectos funcionales y estructurales de las instituciones respectivas.
4. Utiliza las definiciones de perfiles como forma y método de reflejar la realidad concreta (ejemplo: perfiles prospectivos institucionales académico-administrativos, perfiles epidemiológicos, perfiles ocupacionales, perfiles educacionales, perfil del docente, etc.).
5. Busca la integración conceptual, política y académica en la solución de los complejos problemas de la educación superior.

6. Considera el contacto con la realidad concreta de salud del país como el principal factor de la transformación progresista del estudiante y del proceso educativo.
7. Utiliza la estrategia estudio-trabajo como método integrador y facilitar de los siguientes aspectos:
 - a) De la integración de la docencia con la investigación y la extensión.
 - b) De la inserción de la atención primaria en el currículo.
 - c) De la participación temprana y masiva de los estudiantes en la práctica médica.
 - d) De la inserción del proceso educativo en el proceso productivo del país, en la esfera de prestación de servicios de salud.
8. No aísla sino que conjuga el desarrollo curricular con el desarrollo de otras áreas del contexto institucional.
9. Parangona, con fines prácticos, las categorías del proceso educativo con las del proceso productivo.
10. Prevee la máxima integración del currículo con los planes, programas y proyectos de las instituciones de salud del sector público y del seguro social del país.
11. Prevee la administración del currículo, conjuntamente con las otras áreas del desarrollo institucional, en los siguientes aspectos:
 - a) Planeamiento
 - b) Organización
 - c) Dirección
 - d) Coordinación
 - e) Supervisión
 - f) Evaluación
12. Formula el perfil educacional en base a:
 - a) Definición de programas por competencias
 - b) Sistemas de evaluación por competencias
13. Prevee la educación permanente con 4 objetivos fundamentales:
 - a) La capacitación pedagógica, metodológica y técnico-científica de los profesores y de los egresados en servicio social.
 - b) La asistencia psicológica y la capacitación pedagógico-metodológica del estudiante en el área del aprendizaje.
 - c) La capacitación técnico-administrativa del personal menor e intermedio (de mantenimiento, secretarías, conserjes, técnicos docentes, etc.).
 - d) La capacitación gerencial de los cuadros dirigentes y coordinadores de la institución y del proceso.

14. Concibe el currículo como un proceso en constante desarrollo que estará abarcando siempre nuevas dimensiones de la realidad, sin pretender jamás abarcarla toda y para siempre. Por eso no somos partidarios de los esquemas curriculares rígidos, ni de las reformas o diseños acabados.

Aspectos descriptivos del esquema de desarrollo curricular, administrativo, científico y tecnológico de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH (Ver esquema adjunto al final)

El presente esquema no es una simple representación gráfica del proceso de desarrollo curricular, administrativo, científico y tecnológico de la Facultad de Ciencias Médicas, sino que además de los aspectos metodológicos generales arriba anotados, posee las siguientes características:

1. La sistematización de todo el proceso.
2. La correlación e integración dinámica de todos sus componentes.
3. Nos da una visión global y unificada de todo el proceso.
4. Nos da una proyección dinámica y prospectiva, en el tiempo, del desarrollo de los diferentes elementos del proceso.

Pasemos ahora a la descripción, propiamente dicha, de los elementos del esquema:

1. El marco de referencia es el punto de partida del proceso y está constituido por las diferentes formas y fuentes de información para el análisis histórico y el diagnóstico de la realidad concreta.

En el caso que nos ocupa está integrado por:

- a) La evaluación académico-administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas.
 - b) El perfil epidemiológico del país.
 - c) El perfil ocupacional del médico general.
2. El marco conceptual es la reflexión teórica-filosófica, que basado en la información proporcionada por el marco de referencia hace el análisis y síntesis dialécticos de la misma, y define los métodos, políticas, principios y estrategias, a seguir en el desarrollo curricular.
 3. Las unidades de apoyo son las estructuras debidamente funcionalizadas destinadas a proporcionar todo el apoyo logístico necesario para el desarrollo curricular, administrativo, científico y tecnológico de la institución.
 4. La administración del proceso es la acción destinada a orientarlo y retroalimentarlo, aplicando los siguientes componentes administrativos:
 - a) Planeamiento
 - b) Organización

- c) Dirección
- d) Coordinación
- e) Supervisión
- f) Evaluación

5. Las unidades operativas son las encargadas de la ejecución de los planes, programas y proyectos del proceso.
6. El perfil educacional es la parte culminante del proceso curricular, en el cual se reflejan todos los elementos constitutivos de dicho proceso.
7. La educación permanente consiste en la capacitación adecuada y constante de profesores, estudiantes, personal menor e intermedio, coordinadores y autoridades en los aspectos técnico-científico, pedagógico, metodológico y administrativo.

La educación permanente es uno de los aspectos más importantes para la retroalimentación y orientación del proceso de desarrollo curricular.

Innovaciones científicas en el proceso curricular

1. La correlación conceptual, política y académica como base científica y práctica del cumplimiento del rol de la Universidad en la sociedad.
2. La utilización de la concepción científica de la integración estudio-trabajo como la principal estrategia de la inserción en el proceso productivo y de la utilización de la práctica como el elemento fundamental de la transformación del estudiante y de la integración docente-asistencial.
3. La definición de diferentes tipos de perfiles como la estrategia fundamental del reflejo de la realidad y su utilización en la formulación del currículo, en la práctica pedagógica y en la innovación tecnológica del proceso educativo.
4. La fundamentación científica y práctica de la concepción de la salud como elemento fundamental en la gestión y la inducción del desarrollo nacional, en la producción de bienes materiales y espirituales y en la reproducción de la fuerza laboral del hombre.
5. La fundamentación científica y práctica de la utilización del Servicio Social en el área de la salud como el eje integrador, del Servicio Social para los egresados de las demás carreras universitarias.
6. La utilización de una concepción dialéctica en el diseño curricular y en la planificación del desarrollo tecnológico de la educación superior en los países de centroamérica.

Posiciones a defender en el presente trabajo

1. La utilización del método dialéctico y de definición de perfiles sobre la realidad (epidemiológico, ocupacional, educacional, del maestro, técnico-administrativo de las instituciones, etc.), como uno de los más idóneos para el diseño de los currícula y la planificación del desarrollo administrativo, tecnológico y

- científico de las Universidades Centroamericanas.
2. Tomar en cuenta junto con los aspectos teórico-filosóficos y académicos, los aspectos políticos en el diseño curricular y en el funcionamiento de las Universidades de América Latina.
 3. La utilización de la red de salud del país como base en la formación de los estudiantes con la producción de servicios por ellos a través de la estrategia integradora estudio-trabajo.
 4. La utilización de los problemas de salud de la población como factor integrador del Servicio Social de las diferentes carreras universitarias.

Aspectos de significación científico-práctica

1. La utilización actual de la presente propuesta metodológica en el desarrollo curricular, administrativo, científico y tecnológico de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.A.H.
2. La utilización, por parte del Ministerio de Salud Pública de Honduras, de los perfiles epidemiológico y ocupacional ya definidos, así como del trabajo de miles de estudiantes y profesores de la Facultad de Ciencias Médicas en la red de servicios de salud.
3. La posible utilización, por parte de la Organización Panamericana de la Salud de la presente propuesta metodológica como una alternativa más en la solución de problemas docente-asistenciales en Latinoamérica.
4. La posible validez de esta propuesta, en general, para ser aplicada en el desarrollo curricular de otras carreras universitarias de países subdesarrollados.

Bibliografía

1. Lenin V.I. La Instrucción Pública. Ed. Progreso. M. 1974.
2. Timio Mario. Clases Sociales y Enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial. Ed. Nueva Imagen. México, 1986.
3. Navarro Vicente. Lucha de Clases, Estado y Medicina. Ed. Nueva Imagen. México, 1986.
4. Moncada Alberto. Administración Universitaria. Introducción Sistemática a la Enseñanza Superior. Fundación Moncada-Kayon. Madrid, 1971.
5. Cálix, R.F. Bases Conceptuales del Currículo de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.A.H. (Material mimeografiado). UNAH, OPS, PASCCAP. Tegucigalpa, 1986.
6. Cálix, R.F. Marco de Referencia de la Investigación Científica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. U.N.A.H. — F.C.M. Tegucigalpa, 1986.
7. Colectivo de Autores: "Problemas Sicopedagógicos de la Actividad Educativa

de la Educación Superior en la Etapa Moderna". Ministerio de Educación Media y Superior de la U.R.S.S. Moscú, 1981. (En idioma ruso).

8. Colectivo de Autores: "Problemas Psicopedagógicos de la Actividad Educativa de la Educación Superior en la Etapa Moderna". Ministerio de Educación Media y Superior de la U.R.S.S. Moscú, 1982. (En idioma ruso).
9. Colectivo de Autores: "La Revolución Técnico-Científica". Ed. Progreso-Moscú, 1975.
10. Colectivo de Autores: "La Educación Superior Contemporánea", Revista internacional de países socialistas No. 2. La Habana, 1975.
11. García J.C. La Educación Médica en la América Latina. OPS/OMS. 1972.
12. "Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para Todos". Contribución al desarrollo humano y a la Justicia Social. (Documento de base para las discusiones técnicas, 37a. Asamblea Mundial de la Salud, 1984). Ed. Médica y Salud. Vol. 19, No. 1. (1985).
13. Podzorova T.C. Organización Científica del trabajo intelectual de los estudiantes. Ed. de la Universidad de Leningrado, 1972. (En idioma ruso).
14. Lenin V.I. La Enfermedad Infantil del "izquierdismo" en el comunismo. Ed. de lenguas extranjeras. Moscú.
15. Tse Tung Mao. La Contradicción. Ed. Grijalbo, 1967.
16. Rey de Astaiza N.B. La Administración del Currículo. ASCOFAME. Bogotá (Material mimeografiado).
17. Rey Germán. Bases Sociológicas del Currículum. ASCOFAME. Bogotá. (Material mimeografiado).
18. Rey de Astaiza. Estrategias Educativas. ASCOFAME. Bogotá. (Material mimeografiado).
19. Galán Morera R. Medicina Familiar de Pregrado. ASCOFAME. Panamá. 1984.
20. Kuusinen O.V. et. al. La Dialéctica Materialista. Teoría del Conocimiento. Ed. Grijalbo-México, 1966.

ALTERNATIVAS TRANSFORMADORAS DE LA PRACTICA MEDICA: LA EXPERIENCIA CUBANA

Dr. Juan M. Diego Cobelo

Antecedentes

“En 1977 la Asamblea Mundial de la Salud estableció que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo para el año 2000 un grado de Salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir, popularmente llamada “Salud para todos en el año 2000”.

En 1978, la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (URSS) declaró que la atención primaria es la clave para alcanzar esa meta.

En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud lanzó la estrategia de la salud, para todos, al hacer suyos el informe y la declaración de Alma-Ata e invitó a los estados miembros a que emprendieran individualmente la formulación de estrategias nacionales y colectivamente, la formulación de estrategias regionales y mundiales” (1).

En 1984, durante la 37ª Asamblea de la Salud se abordó en las discusiones técnicas el tema “Función de las Universidades en las Estrategias de Salud para todos” (2).

Ahora en 1987, nos reunimos aquí en Ecuador, los educadores médicos de Latinoamérica para analizar y debatir sobre alternativas transformadoras que contribuyan al logro de la meta planteada para el año 2000, ya a punto de comenzar el recorrido del postrer decenio de nuestro siglo y de saludar los albores de un nuevo milenio.

La meta Salud para todos en el año 2000, una de las aspiraciones más justa, noble y hermosa que se haya planteado la sociedad humana requiere, a nuestro juicio,

en esta recta final, trabajar con tesón y con firmeza en tres vertientes estrechamente vinculadas.

- La vertiente económica y social que permita detener la loca y desenfrenada carrera armamentista para el reajuste de las estructuras económicas generadoras de injusticias sociales ¿Cuántos males sociales podrían resolverse con sólo dedicar una ínfima parte de los billonarios presupuestos de guerra de los Estados Miembros de la OMS, a satisfacer las más elementales necesidades de poblaciones enteras, especialmente de los Países del Tercer Mundo? ... ¿Cuántos avances se lograrían en la ciencia y tecnología médica, si se dedicaran más talentos, más recursos y más dinero a la Medicina? “Luchemos, decía Fidel Castro, por desviar hacia la salud una parte de las inmensas sumas que la humanidad gasta para la guerra”. (3).
- La vertiente de la voluntad política, encaminada a darle prioridad a la salud en dos sentidos: uno, colocar realmente la salud y la educación en el primer plano de la preocupación de los gobiernos y otro, la gestión de la salud, el manejo de los recursos humanos, materiales y financieros debe estar sujeto al más estricto sentido de la racionalidad económica. La lucha contra la enfermedad es siempre una política de gastos, pesimista, la batalla por la promoción de salud y la prevención de la enfermedad es una política de ahorro, optimista, es la opción a escoger en la lucha por la salud de los pueblos.
- La tercera vertiente es la transformación revolucionaria, raigal, porque va a las raíces mismas, de la práctica médica, para colocar en el centro de la diana la atención primaria de salud, a nuestro juicio, una de las más extraordinarias contribuciones entre las muchas que ha hecho la Organización Mundial de la Salud en sus fructíferos 40 años de existencia.
No es necesario argumentar, por obvio, la trabazón interna entre lo económico social, la voluntad política de priorización de la salud y las alternativas transformadoras de la práctica médica.
Pero la práctica médica está sometida a múltiples presiones: en primer lugar los desequilibrios económicos que enturbian y entorpecen la voluntad política de priorización de la salud, premisa para el cambio y la transformación; en segundo lugar, la tradición médica que pesa enormemente en el mantenimiento del status-quo; en tercer lugar, la tecnología avanzada que favorece la tendencia hacia la priorización de la atención secundaria y terciaria y en cuarto lugar, la propia formación de médicos, técnicos y personal de la salud, que la hacemos eminentemente hospitalaria, basada en la enfermedad del individuo.

Las Universidades en Latinoamérica pueden contribuir de manera decisiva al desarrollo de alternativas transformadoras de la práctica médica: en primer lugar, promoviendo generaciones de graduados con una clara comprensión de la necesidad de cambios económico-sociales y lograr promociones de médicos que sean abanderados de la voluntad política de priorización de la salud como

uno de los bienes más preciados, junto a la educación, por el hombre; en segundo lugar, educar selectivamente en las tradiciones médicas y académicas; en tercer lugar, educar al médico en la discriminación de la tecnología avanzada y la utilización de la tecnología apropiada y en la clara concepción de que jamás aquella podrá sustituir el valor de la inteligencia, el raciocinio y la sensibilidad del hombre en la aplicación del enfoque clínico-epidemiológico y social (4) para la aplicación de la tecnología apropiada y por último llevar al ánimo de los que integran los equipos de salud y se forman en las Universidades que a pesar de la sofisticación creciente de la tecnología médica, los más espectaculares y profundos avances en el campo de la Medicina y de la salud, se alcanzarán, en el campo de la atención primaria mediante grandes logros en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad y sus secuelas.

La experiencia de la atención primaria en Cuba

En Cuba, antes del triunfo de la Revolución el 1ro. de enero de 1959 había una gran distorsión de la práctica médica, con una alta concentración de los servicios en la capital y una carencia total de servicios de salud en la población rural. El estado de los servicios era deplorable, como se puede apreciar por el profundo análisis de la situación existente por el hoy Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, Dr. Fidel Castro Ruz, cuando en su alegato por el juicio a los asaltantes del cuartel Moncada, "La Historia me Absolverá" señaló: "el noventa por ciento de los niños del campo están devorados por parásitos que se les filtran desde la tierra por las uñas de los pies descalzos. La sociedad se conmueve ante la noticia del secuestro o asesinato de una criatura, pero permanece criminalmente indiferente ante el asesinato en masa que se comete con tantos miles y miles de niños que se mueren todos los años por falta de recursos médicos. El acceso a los hospitales del Estado, siempre repletos, sólo es posible mediante la recomendación de un magnate político que le exigirá al desdichado su voto y el de toda su familia, para que Cuba siga siempre igual o peor". (5).

Prácticamente antes del 59 no existía atención primaria en Cuba. Sólo se disponía de algunos pocos centros denominados "casas de socorro", la mayoría en la capital, que prestaban algunos y mal calificados servicios de urgencia. La parte más importante de la atención ambulatoria se llevaba a cabo en las clínicas, centros mutualistas o en los consultorios privados a los cuales no tenían acceso las capas más pobres de la población. Había un predominio de la práctica médica con enfoque curativo y muy poco desarrollado de los aspectos preventivos.

Surgimiento de la voluntad política

Con el triunfo de la Revolución se operaron inmediatos cambios económicos y sociales en nuestro país. Estos cambios provocaron la reacción interna y la presión externa. Estimulados por la política anticubana de los gobernantes norteamericanos, emigraron hacia los Estados Unidos de Norteamérica la mitad de los 6000 mé-

dicos de que se disponía. Pese a ello, tempranamente se conformó una voluntad política de priorización de la salud, uno de los seis puntos principales del programa del Moncada. Se estructuró un sistema nacional único de salud. Se organizó el Servicio Médico Rural que llevó la atención médica a los más intrincados lugares del país y se elaboraron y pusieron en ejecución los programas básicos de atención integral de salud a la población, para lo cual se estructuró un subsistema de atención primaria con la creación del Policlínico Integral que evolucionó hacia el Policlínico Comunitario que ofrecen atención a pacientes ambulatorios con comunidades que oscilan entre 20 y 50 mil habitantes.

La práctica médica tenía un carácter preventivo curativo y se desarrollaba por un equipo multidisciplinario integrado fundamentalmente por el obstetra, el pediatra, el internista y la enfermera.

Ya en 1985 existía una red de más de 400 policlínicos en el país, conformando un subsistema de atención médica primaria que ha venido perfeccionándose según las necesidades del estado de salud de nuestro pueblo y de los recursos disponibles hasta llegar a la forma superior que estamos desarrollando "EL MEDICO DE LA FAMILIA".

La Práctica Médica del "Médico de la Familia" en Cuba

Esta alternativa transformadora de la práctica médica en nuestro país tomó cuerpo a partir de la voluntad política desarrollada a lo largo de más de 20 años transcurridos después de 1959. Las ideas básicas empezaron a ser expuestas paulatinamente por Fidel Castro a finales de 1981 (6) y adquirieron un cuerpo de realización de manera experimental en 1983, para extenderse y consolidarse durante los años transcurridos a partir de dicha fecha.

En la abundante literatura médica internacional existen muchas definiciones, expresión más de desiderate que de realidades sobre la Medicina Familiar y lo más curioso es que en medio de una gama de concepciones y enfoques diferentes y hasta contradictorios existe una opinión unánime entre los autores en reconocer su importancia.

Entre 1982 y 1984 el Comandante en Jefe Fidel Castro esboza y perfila sus ideas de operar una transformación revolucionaria de la Medicina en Cuba y adelanta la idea de acercar los servicios de salud hasta la familia, célula fundamental de la sociedad. Con el desarrollo de estas ideas se llegó a una forma nueva y superior de la atención primaria que en nuestro país se materializa en el "médico de la familia". Esto obliga a una nueva concepción de la práctica médica al considerar un enfoque integral del proceso salud-enfermedad, colocando la salud en el centro de la atención y la enfermedad como un desequilibrio, una aberración en el punto distal de la relación. Obliga al médico a ver el objeto de su acción, como un sujeto, una persona en sus dimensiones psicobiológicas, en el contexto de su familia, de la comunidad

en que se desenvuelve, de la sociedad a la que pertenece y el ecosistema en que vive. Eso es lo que llamamos **PRACTICA MEDICA INTEGRAL COMO FORMA SUPERIOR DE LOS SERVICIOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**.

Refiriéndose a la proyección de este médico de familia Fidel Castro expresó: "Será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma o va al hospital, sino tendrá un papel especial en la medicina preventiva, en la lucha por la higiene, en la lucha contra la obesidad y sedentarismo, en fin, será un **GUARDIAN DE LA SALUD**". (7).

La práctica médica de este profesional en nuestro sistema tiene un carácter preventivo-curativo orientada a los problemas de salud del individuo, de la familia y de la comunidad en el contexto integral de nuestra sociedad. La familia la consideramos no sólo como objeto de la acción médica, sino también como sujeto de acción para la solución de sus problemas de salud, pero siempre en la consideración de cada uno de sus integrantes y en el contexto de la comunidad en que reside y trabaja y el marco de la sociedad en su conjunto.

El "espacio social" en que desarrolla su práctica médica individuo-familia-comunidad-sociedad permite al "médico de familia cubano" una detección temprana de la desviación de lo normal hacia lo patológico, donde puede promover salud y prevenir la enfermedad de manera más efectiva y eficiente, posibilita una real aplicación del enfoque clínico-epidemiológico y psico-social, a la solución de los problemas de salud de la población que atiende.

Características, cobertura actual y perspectiva del Médico de Familia

El médico de familia atiende una población que oscila entre 600 y 700 personas, en las áreas urbanas y cuenta con el apoyo de una enfermera con la cual integra el equipo básico de trabajo. En las áreas rurales y montañosas la población puede ser inferior en dependencia de la accesibilidad de la población al consultorio médico.

El médico y la enfermera laboran en consultorios contruídos en la propia zona urbana o rural donde residen las familias, no limitando su trabajo al consultorio, sino que sus acciones se desarrollan en las propias viviendas, o en el ámbito de las fábricas o escuelas, constituyendo la **DISPENSARIZACION** de todas las personas -sanas y enfermas- su método de trabajo principal.

El territorio donde reside la población por ellos atendidos, constituye el sector de salud de "nuevo tipo" y su delimitación está adecuada a la división político administrativa, esto permite una estrecha relación del médico y la enfermera con los representantes en la base de las organizaciones de masas y el Delegado del Poder Popular.

Los sectores forman parte del área de salud en la cual existe un Policlínico que es

la unidad ejecutora que coordina, orienta, dirige y a la vez controla el trabajo de los médicos de familia.

Esta experiencia que comenzó en enero de 1984 con un grupo de 10 médicos recién graduados. Se ha extendido rápidamente a todo el país y con los médicos incorporados en septiembre de 1987 se ha alcanzado la cifra de 3992 médicos que le da cobertura con este sistema de atención al 26,5 o/o de la población del país, priorizándose su ubicación en zonas montañosas donde ya este año se logra una cobertura casi total, en zonas urbanas con más dificultades en la infraestructura sanitaria, en cooperativas agropecuarias de zonas no montañosas, en fábricas y escuelas. Para el año 1980 debe estar cubierta con este sistema el 68 o/o de la población de Cuba (7 millones de habitantes) y se prevé que para el año 1993 toda la población de la capital del país cuente con los servicios del médico y enfermera de la familia y para el año 2000 se ha decidido por la máxima dirección del país que estén incorporados a este subsistema 20000 médicos y enfermeras en atención directa a las familias y 5000 en centros de trabajos, escuelas, hogares de ancianos, etc.

Organización de trabajo del Médico de Familia y su vinculación con el Policlínico y el Hospital

El médico de familia dedica el horario de la mañana a la atención a las personas sanas y enfermas que acuden espontáneamente a su consultorio o las que él previamente ha citado de acuerdo a su programación de actividades. Por la tarde visita a su población en el hogar, lo cual puede responder a una solicitud realizada al médico o la enfermera, o a la programación de actividades previamente realizada.

El médico de familia en modo alguno se torna en un elemento aislado, sino por el contrario, constituye un elemento muy importante dentro del Sistema Nacional de Salud, teniendo la posibilidad de utilizar todos los recursos humanos y materiales del mismo, a partir del Policlínico que es su CENTRO RECTOR, donde se planifican, organizan, dirigen y controlan sus acciones y que a su vez es su principal centro de apoyo para la realización de las interconsultas de una amplia gama de especialidades médicas, así mismo para la utilización de los medios auxiliares de diagnóstico.

La vinculación del médico de familia con su Hospital de Base garantiza la CONTINUIDAD DE LA ATENCION DE SUS PACIENTES cuando estos necesitan ser atendidos en el nivel secundario, no haciéndose frías remisiones, sino proporcionando una interrelación dialéctica entre la Atención Primaria y Secundaria, perfeccionando el Sistema lo cual contribuye a la superación científica y técnica del equipo de salud, brindando por tanto mayor satisfacción a la población por los servicios que recibe, esta continuidad que se logra con el subsistema del médico de familia favorece una forma superior de Atención Primaria.

Una experiencia que ha arrojado satisfactorios resultados ha sido el INGRESO EN EL HOGAR de pacientes portadores de determinadas patologías con la partici-

pación activa de sus familiares.

El médico de familia brinda esta atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesiten de un seguimiento diario de su enfermedad y que no conlleve necesariamente de su permanencia en el Hospital, pero sí de encamamiento, aislamiento o reposo.

Para la determinación de este tipo de atención, el médico toma en consideración la característica de la enfermedad, el estado general del paciente, las condiciones socio-económicas del hogar, las condiciones higiénico ambientales de la vivienda y las posibilidades de la familia de participar en el ingreso.

También se considera como ingreso en el hogar las altas precoces que egresan del hospital mediante la coordinación entre el médico de asistencia hospitalaria y el médico de familia para continuar su recuperación en el hogar.

Superación del Médico de Familia: Especialidad de Medicina General Integral

A veces existe la creencia, por tradición y por mitos, que la práctica médica de la atención primaria no requiere de un sólido fundamento científico, cuando en realidad presenta una mayor complejidad en su diagnóstico y tratamiento, dado el número y variedad de variables intervinientes.

En febrero de 1982 se planteó: "resalta que el médico general tiene un papel importante y no se concibe al médico general como un especialista. Nosotros estuvimos analizando la idea de que se considere al médico general como especialista, especialidad para la cual se necesita los más altos niveles y la preparación adecuada, que también puede hacer su residencia". (8).

A partir de 1983 se inició la especialización (residencia) en Medicina General Integral con un Plan de Estudio por estancias el cual se ha perfeccionado, teniendo una duración de 3 años; se lleva a cabo en el Policlínico docente basado en la educación en el trabajo, por un equipo de profesores, Pediatría, Internista, Ginecobstetra, Psicólogo y profesores interconsultantes de otras especialidades, contempla rotaciones y guardias en el Hospital.

Esta especialidad devendrá en los próximos años en la más importante del país y será el elemento fundamental para el perfeccionamiento de la atención primaria y el sistema nacional de salud en su conjunto, a partir de ella se derivarán el resto de las especialidades no quirúrgicas.

Impacto del "Médico de Familia" en el sistema

La implantación del nuevo modelo del médico de familia ha producido un extraordinario impacto sobre el lugar y el papel del policlínico que obliga a su redefinición como una de las unidades básicas del Sistema de Salud.

Pero este impacto trasciende el marco del policlínico y se modifica la atención hospitalaria con la interrelación más estrecha hospital-policlínico-sector del médico de familia; igualmente en la esfera higiénico-epidemiológica se acrecienta la profilaxis, la vigilancia epidemiológica y la inspección sanitaria. En definitiva las Ciencias Médicas se verán enriquecidas con las investigaciones biomédicas y de Medicina Social en el campo de la atención primaria.

Esta es estimado colegas, la alternativa transformadora de la práctica médica dentro de la estrategia para lograr Salud para todos en el año 2000 que sigue nuestro país.

Bibliografía

1. La 34^a Asamblea Mundial de la Salud adopta la Estrategia Mundial de Salud para Todos. Crónica de la OMS, 35; 128-156 (1981).
2. Función de las Universidades en las estrategias Salud para todos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 67 OPS—OMS Washington.
3. Castro, Fidel "Mensaje a la 33^a Asamblea Mundial de la Salud" en Juventud Rebelde, 8 de mayo de 1980. La Habana.
4. Ordóñez, Cosme. El enfoque clínico-epidemiológico y social: Un nuevo reto. En Sociedad y Salud Año I Nros. 2-3 abril-septiembre 1986 CEPIBIPS, págs. 18 a 28.
5. Castro, Fidel. "La Historia me Absolverá". Imprenta Nacional, Habana. 1961.
6. Castro, Fidel. Discurso de Clausura del V Congreso del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud. Teatro Alcázar, Camaguey, el 9 de diciembre de 1981.
7. Castro, Fidel. Discurso de Clausura en el Encuentro Nacional de Estudiantes de Medicina. Palacio de las Convenciones. Habana, 5 de mayo de 1984.
8. Castro, Fidel. Discurso en el acto de Constitución del Destacamento de Estudiantes de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", Teatro Karl Marx, 12 de febrero de 1982.

LAS UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA ALCANZAR SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

RELATO GENERAL

1. Introducción

- 1.1. Entre los días 5 y 8 de octubre de 1987, en esta bella ciudad de Quito, hemos asistido a la XIV CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA, convocada por la Unión de Universidades de América Latina y la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM).
- 1.2. Haciendo honor al lema Por la Paz y la Integración Latinoamericana, a lo largo de estos cuatro días de intenso trabajo, hemos cumplido con el programa, actuando de acuerdo al Reglamento General de Reuniones por Especialidades Universitarias, de la UDUAL, y del Reglamento Especial para las sesiones de la XIV CONFERENCIA.
- 1.3. La Mesa Directiva de la XIV CONFERENCIA ha estado presidida por el Dr. Rodrigo Yépez M., Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador y Presidente de ALAFEM. Constituidas además por seis Vicepresidentes:

Dr. Antonio Meza Cuadra

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS. Lima — Perú

Dr. César Mella

**DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD
AUTONOMA DE STO. DOMINGO**

Dr. Juan Vela

DECANO, INSTITUTO SUP. DE CC.MM. La Habana — Cuba

Dr. Raúl Calix

DECANO, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA — Honduras

Dr. Alfredo de Villegas

DECANO, UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES. La Paz — Bolivia

Dr. Pablo Carlevaro

DECANO, UNIVERSIDAD NACIONAL. Uruguay.

El Secretario General fue el Dr. Edgar Játiva, Secretario Ejecutivo de AFEME; y Relator General, quien suscribe, Dr. Pedro Brito, Profesor de la Universidad "Cayetano Heredia" de Lima—Perú.

- 1.4. Asistimos a seis sesiones plenarias que en conjunto han respondido apropiadamente al Tema General de la Conferencia: LAS UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA ALCANZAR SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000.

En el marco de esta Conferencia hemos asistido, con respeto y emoción, al homenaje que las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, han rendido al eminente y abnegado científico y luchador incansable por la Salud de los pueblos de nuestra América y al transformador de nuestra Educación Médica, compañero Latinoamericano JUAN CESAR GARCIA.

- 1.5. Estamos seguros de interpretar el sentimiento unánime de todos los participantes en esta sesión plenaria de clausura y de todos los que han asistido a la Conferencia, cuando expresamos nuestro profundo reconocimiento y admiración por la hospitalidad y la impecable organización del evento, al Comité Organizador y a su cuerpo de colaboradores. Del mismo modo deseamos agradecer el esfuerzo y la eficiencia a las compañeras Secretarías, personal administrativo, técnico y de servicio que hicieron posible este esfuerzo. En general nuestro reconocimiento a los profesores estudiantes y trabajadores de las Escuelas de Medicina del Ecuador.

2. Las Universidades de América Latina y la Estrategia Mundial para Alcanzar Salud para Todos en el Año 2000

2.1. "Las Universidades y la Salud Popular en los tiempos de Crisis Económica"

El tema del panel, Las Universidades y la Salud en los Tiempos de Crisis Económica, necesita el análisis de cada uno de sus componentes, es decir de la Universidad, la Salud Popular y la Crisis en América Latina.

La Crisis Económica en América Latina, se ha convertido en una situación "normal" para algunos sectores poblacionales a fuerza de su persistencia, con la particularidad de que mientras en los países industrializados la crisis empieza a ceder, se transfiere a otros países haciéndose sentir con mayor intensidad en nuestros países periféricos o dependientes, ocasionando mayor impacto en los grupos más desposeídos.

El problema de la crisis deberá, por lo tanto, ser analizado tomando en con-

sideración los factores endógenos y exógenos.

Para esclarecer las causas de esta crisis, es necesario remitirse a los procesos económicos y políticos del capitalismo monopolístico que se manifiestan en la mayoría de los países de la región: Poder económico y concentración de la riqueza en pocas manos, presencia de capital foráneo, injustos niveles de intercambio a nivel internacional y la presencia de la injusta deuda externa que cada día va en ascenso.

Esta situación ha originado varios efectos en la mayoría de países de América Latina: La disminución del gasto social, particularmente en educación y salud, y el surgimiento en estos campos de las corrientes fenomenológicas que difunden las ideas de desmedicalización y desescolarización, dando fundamento al incremento de las tendencias de privatización de la educación y la salud. En los campos económico y político se asiste al surgimiento de una nueva división internacional del trabajo que ha ocasionado el deterioro de la industria nacional, mayores niveles de dependencia de los monopolios financieros, pérdida de las soberanías nacionales y distorsión de la producción social.

Crisis y Salud Popular

El concepto de salud popular no debe ser entendido como una noción populista o demagógica; se refiere explícitamente a la salud de los pueblos, a la salud de los pobres, de los postergados y marginados del saber, de la ciencia, de los medios de subsistencia y de la medicina dominante; se refiere a los sectores de la sociedad a los que se ha negado el derecho a la salud.

Varios aspectos de la salud popular han sufrido el impacto de la crisis. En la mayoría de países se ha producido una disminución de presupuesto estatal para la salud; se han incrementado los índices de desnutrición, la dotación de infraestructura básica no se encuentra en correspondencia con las necesidades de la población, ha disminuido la expectativa de vida, han aumentado los accidentes en grupo que se encuentran en edad productiva; la mortalidad infantil continúa en niveles alarmantes, etc.

Sin embargo, en algunos casos no se hace evidente una relación estrecha entre crisis y morbimortalidad, es necesario buscar otros indicadores de calidad de vida para tener una idea más integral al respecto.

Papel de la Universidad

A pesar de sus detractores y de las agresiones de que es objeto, es reconocida la prestancia intelectual, científica y tecnológica de las universidades, constituye un espacio donde se mantiene activa la conciencia crítica de la sociedad, sin embargo, todavía persisten serias limitaciones. Existe un marcado divorcio entre la teoría y la práctica, la nueva transmisión de conocimientos se impone a la creación; se dedica

a formar más profesionales que hombres y mujeres de pensamiento crítico, se desarrolla más la memoria que la inteligencia.

A las universidades les corresponde superar dialécticamente la exigencia reproductora del sistema, en el momento actual debe posibilitar la construcción de un conocimiento científico de la salud, formar una conciencia sanitaria en los universitarios, elevar la conciencia crítica del saber y prácticas en salud, implementar y programar alternativas de salud popular y contribuir a la organización y movilización de los sectores fundamentales para la transformación social. Sería un error pensar que cambiando a la Universidad, modificando el curriculum, se produciría una transformación de la sociedad. Otro error sería afirmar que se debe esperar que cambien las estructuras sociales para, en ese momento, incorporarse al proceso de cambio en educación y salud. Es necesario realizar cambios ahora poniendo en claro lo que son las contradicciones principales y secundarias. En este aspecto la Universidad y los universitarios pueden jugar un papel protagónico en la defensa de la vida aquí y ahora.

Los importantes planteamientos vertidos en el panel fueron enriquecidos en el foro que se llevó a cabo con la participación abierta de los asistentes y miembros del panel.

Se reconoció autocriticamente la existencia de muchas limitaciones en el cumplimiento del papel histórico de las universidades y particularmente de la educación médica. Entre otras cosas, se señaló la necesidad de reflexionar sobre las dificultades que han existido para llevar a la práctica las resoluciones de eventos tales como el presente.

Se planteó la necesidad de buscar nuevas estrategias de vinculación real y efectiva con los sectores populares por un lado, y por otro, establecer contactos con los sectores oficiales aprovechando los espacios que coyunturas de democracia pueden ofrecer. Como parte de estas estrategias, se señaló el ejemplo de las experiencias de integración docente asistencial, que es necesario fortalecer.

La investigación debe responder a las necesidades y características específicas de cada país, liberándose de los condicionamientos que impone el financiamiento externo o derivados de las limitaciones coyunturales.

Se señaló que durante toda la carrera se debe impartir en la docencia contenidos técnicos y sociales, no como elementos aislados y separados, por lo contrario, integrados en la teoría y práctica.

Se requiere en el momento actual, elevar la conciencia en los profesionales de la salud en la lucha contra el militarismo y la guerra nuclear.

Se reconoció como un hecho fundamental para el cumplimiento del papel histó-

rico de la Universidad, la necesidad estratégica de que el universitario en su rol intelectual se ligue orgánicamente con los sectores populares fundamentales de la sociedad.

Con la finalidad de no incursionar en el análisis e interpretación superficial de la docencia y problemática de salud, es necesario que el abordaje de esta situación se lo haga de manera interdisciplinaria, con la participación de especialistas en las diferentes áreas del saber: económico, social, político, etc.

Se presentó una iniciativa para que la conferencia asuma como resolución la posición del no pago de la deuda externa en defensa de la vida y salud del pueblo.

2.2. Salud y Mercado de Trabajo Médico

Los países latinoamericanos comparten una serie de características comunes en relación a la producción de personal de salud y la utilización del mismo en el sistema de servicios.

En el área de la salud, existe actualmente en Latinoamérica una contradicción señalada por la presencia de grandes sectores de la población que no tienen acceso a los servicios de salud y un incremento progresivo del número de Médicos que no logran ser absorbidos por el mercado de trabajo.

No se puede separar el mercado de trabajo médico del mercado de trabajador, a nivel de la sociedad ya que obedecen a la estructura general y están determinados por las políticas económicas de los países del área. Estas políticas se vienen caracterizando por la disminución del gasto social y en particular en el sector de salud, como consecuencia de priorizar la cancelación de la deuda externa a la cancelación de la deuda social con sus pueblos.

Los servicios de salud se encuentran, tanto en calidad como en cantidad, injustamente distribuidos en la mayoría de los países, concentrándose en las grandes urbes, consecuentemente al abandono de los servicios por el estado, se ha ido produciendo un deterioro progresivo de la calidad de los servicios para la mayoría de la población y una derivación de recursos financieros hacia el sector privado orientado a un sector minoritario de la población, lo que ha generado la creación de una medicina empresarial cada vez más poderosa, el desarrollo de corporaciones y compañías aseguradoras, en las cuales, la lucha por la propiedad y control de los medios de producción de servicios de salud se ha transformado en una batalla feroz. En algunos países los bancos, entidades financieras, han ido obteniendo el control de la clínica y del personal, orientados por criterios de ganancia.

La desorganización de los sistemas de salud y la multiplicidad de entidades prestadoras de servicios dispensadoras, con regímenes irracionales de trabajo y pagando bajos salarios han generado formas de subempleo y pluriempleo a los cuales se someten los profesionales con el fin de mantener un status médico cada vez más deteriorado.

Por otra parte y sin que sea objeto de atención de los gremios médicos se está produciendo un incremento de la medicina popular con todas sus varian-

tes para aquellos sectores de la población más desposeídos.

La inserción del Médico en el proceso productivo depende de la disponibilidad de sus medios de trabajo y del control del proceso de atención. La medida de este control del médico sobre el proceso de trabajo y los medios para realizarlo determinarán las condiciones de su práctica, así tenemos:

- Ejercicio liberal autónomo.
- Asalariado en un proceso de producción de servicios no orientado a la obtención de lucro en servicios públicos o de seguridad social.
- Asalariado en organizaciones privadas, dirigidas a la valorización de capital. En este caso el proceso de atención ya no tiene como objetivo primario resolver necesidades sociales, sino generar beneficios para su apropiación privada.

La tendencia general al asalaramiento como forma principal de remuneración y que refleja la pérdida creciente de la autonomía médica en su ejercicio profesional.

Existen evidencias sobre un efecto positivo de la crisis económica en relación a la postura del médico frente al salario. Así, por una parte, los gremios en general han logrado un mantenimiento relativo del nivel real de los salarios médicos, incluso en algunos países se ha logrado aumento a través de enfrentamientos directos con las políticas recesivas gubernamentales. Es innegable que existe desocupación médica en diferentes grados en los diversos países, sin embargo es urgente que se reevalúe su significado. La desocupación está siendo distorsionada en forma interesada por intereses políticos concretos de las corporaciones.

La formación de médicos y personal de salud no ha considerado en su quehacer la situación social y educativa previa al ingreso a las universidades, ni su inserción en el mercado de trabajo. El proceso educativo se organiza y funciona más allá de las particularidades organizativas y curriculares, influido por determinaciones conceptuales, ideológicas, organizativas y culturales que corresponde a la práctica médica dominante al tiempo que ocultan tras el brillo de su paradigma, la realidad de las condiciones de trabajo médico en el mercado laboral.

Así la educación médica ha tenido como finalidad la formación de recurso humano técnico indispensable para la satisfacción de necesidades de salud de determinados grupos poblacionales, y en general no ha contemplado la situación de la práctica social de la medicina.

- El incremento progresivo del número de desempleados del sector ha generado propuestas interesadas, que presionan a las universidades, para la disminución de la matrícula y el cierre de algunas escuelas. Estas propuestas responden a determinantes económicos y políticos, y no se considera en ellas el modelo de atención vigente en términos de equidad y cobertura, por lo que no se trataría solo de un problema de sobreproducción de personal sino principalmente

de cobertura de los servicios y compromete al sistema de salud en su capacidad de absorber los recursos humanos necesarios para cubrir las necesidades de la población bajo los aspectos de equidad, eficacia y eficiencia.

En relación al número de egresados se dejó establecido que los análisis generales y de tendencias a nivel de América Latina realizados por OPS demuestran que, aún cuando el número de egresados se ha mantenido alto, éste tiende a disminuir al igual que la demanda por matrícula.

La profesión ya no sería tan atractiva, en términos de generación de ingresos, optando los jóvenes por nuevas opciones profesionales. Estos hechos muestran que se revierte la tendencia de los años 70, lo que se hará sentir en los años venideros.

La política educativa del Estado ha priorizado y favorecido la especialización, sin embargo, hay evidencia en algunos países que no hay incremento de las tendencias de especialización de la década del 80 frente a las del 70. Lo que mostraría una capacidad de regulación autónoma de algunos elementos del mercado laboral.

Si se consideran como criterio central del análisis las necesidades de salud de la población puede afirmarse que no hay exceso de Médicos.

La evaluación científica de la oferta y de la demanda de personal de salud es una necesidad objetiva y tiene métodos rigurosos de investigación. Debe establecerse, si la oferta supera la demanda y cuál es la disminución y estructura del desempleo. Decir que hay exceso de Médicos es un juicio de valor y tiene claras implicaciones políticas. Afirmar que hay exceso de Médicos nunca es una declaración ingenua y obedece siempre a intereses de grupos y del estado. El juicio sobre adecuación o no de la oferta y la demanda debe hacerse:

1. En base al conocimiento de la naturaleza y características del mercado médico y teniendo en cuenta los intereses corporativos que los interpretan.
2. En base a los objetivos de las políticas oficiales, motivadas por coyunturas económicas.
3. En base a objetivos de justicia social y a los intereses de la población que se refleja en los modelos de prestación y alcances del sistema de servicio.

Es necesario promover en las Universidades análisis profundos de la dinámica de trabajo médico y de salud, que ayuden a una mejor interpretación de esas tendencias y conceptos.

Frente a esta situación y siendo la cuestión del mercado laboral muy importante para la orientación y práctica de la escuela médica se plantearon algunas iniciativas:

- Las Escuelas de Medicina al reconocer que el Mercado de Trabajo, configura un campo de determinaciones importantes para la función social de la Univer-

sidad en la perspectiva liberadora, deben producir conocimientos y desarrollar políticas institucionales para reorientar, planificar y organizar la educación médica en función de las necesidades de salud de la población y de la situación laboral de los Médicos.

- La práctica médica debe asumirse como objeto teórico y de transformación, siendo necesario replantear el componente técnico como subordinado a la práctica social; esto implica revisar las formas tradicionales de relación entre las Instituciones formadoras y los servicios de salud.
- Profundizar en el análisis interno de los supuestos teóricos, metodología, organización y práctica educativa concreta en las Escuelas de Medicina que contribuyan a la transformación de los servicios.

Las Facultades de Medicina deben profundizar el conocimiento de:

- El proceso de salud-enfermedad, su naturaleza socialmente determinada y su caracterización en cada realidad.
- La organización y funcionamiento de la práctica médica, incluyendo aspectos económicos, a través del análisis de su estructura, de coyunturas, de tendencias. Es necesario asumir un rol más activo en la planificación nacional de los recursos humanos.

Las Universidades deben trabajar en coordinación con las Organizaciones sanitarias, participar activamente en la definición de políticas y en la planificación nacional para el sector.

En el proceso de producción de conocimientos:

- Es indispensable la superación de una práctica de investigación repetitiva mayormente biomédica, promoviendo el desarrollo de áreas relevantes de la realidad sanitaria y de la prestación de servicios.
- Profundizar en el conocimiento del proceso de desarrollo tecnológico en salud y su relación con la organización y estructura del trabajo médico.
- La integración docencia-servicio como estrategia para el mejoramiento de la situación de salud de la población, del cambio de las condiciones de docencia, de un efectivo mejoramiento de los servicios de apertura al desarrollo de la participación popular.

2.3. La Educación Médica Latinoamericana: Enfoque Histórico

(Sesión Plenaria: Dr. Ramón Villarreal)

La transformación de la educación médica en América Latina requiere de un análisis de sus determinaciones históricas para extraer de allí sus perspectivas. La atención primaria de salud como estrategia clave de las políti-

cas sanitarias ha llevado a la Universidad a revisar sus estrategias y a la adopción de sus programas de formación de acuerdo a tales planteamientos. Lo anterior implica para las Universidades no sólo la transformación de sus programas sino la búsqueda de nuevas salidas institucionales, consecuentemente, nos encontramos frente a un profundo proceso de cambio.

Frente a este reto encontramos que carecemos de una teoría educacional latinoamericana que nos sirva de orientación. La educación médica actual está orientada por patrones foráneos que se repiten acríticamente.

Estando pendiente la tarea de construir un marco teórico latinoamericano para la transformación de nuestra educación médica, es necesario realizar un análisis de la misma, reconociendo sus tendencias y sus momentos históricos para sustentar la tarea de construcción señalada.

La historia de la educación médica está íntimamente ligada a la historia de la sociedad y a su estructura económica, social y política. En la época colonial las instituciones de formación de médicos que seguían los principios rectores de la Universidad de Salamanca, se organizaban de acuerdo a las necesidades de los conquistadores y de las clases dominantes. Impregnadas de conocimientos mágicos y regidas por la ideología religiosa, la práctica médica era dominada por la institución eclesiástica, y sus establecimientos eran los lugares dedicados al cuidado de los marginados y así persistió hasta el siglo pasado.

Pese a la influencia de la revolución francesa las Escuelas de Medicina siguieron manteniendo, durante los inicios de la república, las mismas características coloniales, mientras se consolidaban las formas feudales de producción social. No obstante el avance de las ciencias médicas produjeron condiciones para reformas curriculares de importancia.

El desarrollo del capitalismo creó las condiciones para la aparición de nuevas concepciones y prácticas universitarias. Los principios de la reforma universitaria de Córdoba y la autonomía universitaria, abren una nueva etapa que se denominó "neocolonial" y se crearon las posibilidades para la influencia de modelos generados en las metrópolis capitalistas. Estos modelos favorecieron la formación elitista, la departamentalización, la especialización médica y la práctica de la atención reparativa y hospitalaria con un alto consumo de insumo y tecnologías médicas.

La influencia del informe Flexner está ligada a los problemas de la estructura departamentalizada en un modelo de educación médica organizando principalmente por asignaturas. En América Latina esta influencia fue definitiva entre los años 50 y 60 manifestándose en una organización de la educación que separaba lo preventivo de lo curativo, al individuo de la comunidad y lo biológico de lo social. Los resultados se pueden observar actualmente en el escaso trabajo que realizan las Escuelas Médicas con las comunidades, centrando sus actividades en el hospital. También es de notar el abandono de la consulta externa como espacio docente y de la atención médica como orientación y estrategia esencial.

Una manifestación actual de la articulación entre la educación médica y la

estructura económica y política se ha observado en los últimos lustros, donde al mismo tiempo que se dan las tendencias privatistas en la economía social, aparecen en algunos países de América Latina numerosas Escuelas de Medicina privadas orientadas por criterios mercantiles de la educación. Se llegaron a crear verdaderas "zonas francas" de la educación médica, dedicadas a la venta de títulos. Frente a estas situaciones la Universidad Latinoamericana, defendiendo posiciones éticas y científicas, a pesar de las severas restricciones económicas y políticas, ha investigado y viene denunciando esta situación. Cabe también responsabilidad a las Asociaciones Universitarias Latinoamericanas para defender los fueros universitarios y los principios esenciales de la educación médica, combatiendo a éstas tendencias contrarias a la salud de los pueblos de América Latina.

Los modelos surgidos en los países centrales después de la segunda guerra mundial tienen su expresión en el marco conceptual de la educación médica y sus proyecciones. A partir de este momento histórico la educación médica de América Latina recibe e incorpora una gran influencia de modelos europeos y principalmente norteamericanos.

Nuestras Escuelas se empiezan a preocupar por aumentar la cantidad y el nivel de sus Egresados, por incrementar sus conocimientos y promover conductas preventivistas, todo ello dentro de un marco filosófico positivista. Producto de esta influencia es la introducción de las ciencias básicas, el inicio de las prácticas de salud comunitaria, la incorporación de planteamientos de la psicología y sociología funcionalistas, la introducción del internado rotatorio y las iniciativas para coordinar la enseñanza horizontal y verticalmente. Esto requeriría necesariamente de recursos, los que se obtuvieron mediante préstamos y créditos internacionales. En este período, Asociaciones Interuniversitarias como FEPAFEM buscaron el consenso internacional promoviendo modelos y metodologías en la educación médica. Es la época del triunfo de la revolución cubana y su consolidación, hecho histórico que influyó definitivamente en las Universidades de América Latina.

Desde esa fecha las corporaciones internacionales que mantienen el control de la tecnología y de la industria en salud han logrado influir en forma decisiva en la formación de profesionales. Es a finales de los 60 que en América Latina se empiezan a generar elementos para construir un marco de referencia de la educación médica acorde con nuestra realidad.

Sin embargo todavía no podemos afirmar que existe un modelo latinoamericano en educación médica. Seguimos dominados por un modelo funcional que prioriza la enseñanza por disciplinas sustentados en la cátedra tradicional, y los trabajos prácticos de demostración; las disciplinas son discordantes y desintegradas, seguimos despreciando los servicios de atención primaria y ambulatoria para formar a nuestros estudiantes. En suma, seguimos funcionando con un modelo educativo feudal. Este modelo tradicional y autoritario no estimula la capacidad crítica, no se preocupa por los

contenidos psicológicos y sociales en el pensar y en el quehacer de los Médicos.

La tarea de construir un modelo latinoamericano de educación médica que responda a la realidad de nuestros países, implica no solamente reconocer los aciertos y asumir los errores del pasado al interior de las Instituciones de formación médica, sino también considerar la influencia de la estructura estatal y las formas de gobierno en América Latina. Las dictaduras siempre intentan acabar con las Universidades y con los estudiantes, porque el estudio y la ciencia son, en sí instrumento de liberación. El modelo está en conclusión y el reto es formar hombres íntegros con disposición de servicio.

Desde un punto de vista operativo la tarea impone producir conocimientos y material educacional nacional y latinoamericanos, sistematizar las experiencias de trabajo, responsabilidad que debe adquirir UDUAL y ALAFEM, y por último, considerar siempre que es necesario terminar con la separación entre la concepción teórica de los modelos y las concreciones en la práctica social.

2.4. Educación Médica Latinoamericana: Análisis Prospectivo

El Análisis Prospectivo promovido por la Organización Panamericana de la Salud y aplicado hasta el momento en cerca de cien Facultades y Escuelas de Medicina de Latinoamérica tiene por objeto avanzar en la identificación de elementos esenciales de las Escuelas para el planteamiento de alternativas transformadoras de la Educación Médica tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Para este efecto se parte del estudio de la Educación Superior como sistema tomando en cuenta las características funcionales para enfrentar la realidad concreta en lo que al ámbito de salud interesa y el análisis crítico de los datos obtenidos.

Hasta la fecha la mayoría de las universidades se limitan a repetir los planes de estudio y las actividades prácticas con pequeñas variaciones no esenciales. Esta forma de trabajo no ha permitido avances importantes.

La experiencia que se tiene hasta el presente momento en la aplicación del análisis prospectivo es que ésta no ha sido uniforme. Es así que hay universidades que han tomado los datos como elemento descriptivo, mientras que otras han demostrado interés en profundizar el análisis para realizar cambios y aplicar nuevos métodos.

La metodología se basa en los conceptos de prospectiva, construcción de escenario y de una imagen-objetivo y en una concepción sistemática de la Educación Médica. Se parte de la formulación de un escenario de la Educación Médica para el año 2000, elaborado a partir de las tendencias contextuales, sociales, de educación y de servicios de Salud, que se visualizan en el área y la valoración institucional comprometida con el proceso de desarrollo de una Educación Médica coherente con la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

La imagen deseable para el año 2000 en la Educación Médica consignando las valoraciones, compromisos, procedimientos, etc., de la Facultad de Medicina para esa etapa, servirá como elemento de comparación para la valoración de cada Facultad en base a la adecuación y aplicación del instrumento para su propia realidad y situación. La metodología planteada aspira a convertirse en un instrumento permanente de análisis, intervención y planificación para el cambio.

Más allá de la lectura de los datos directos, la profundización que permite y sugiere el análisis de cada uno de estos datos y la discusión conceptual de los mismos permite realizar los diagnósticos y a veces replantearlos. Por ejemplo se consignó en los informes la integración docente asistencial como el elemento de mayor desarrollo en las Escuelas, sin embargo al profundizar el análisis se encontró que con toda la probabilidad, no era así.

El valor del instrumento no radica en sus análisis por promedio ni en sus posibilidades de comparación entre Escuelas. Se ha destacado la capacidad de identificar puntos críticos, no importando su valor relativo, y la visualización de éstos como los elementos de mayor o menor desarrollo identificados en cada Escuela.

Los resultados del Análisis Prospectivo que corresponden a cuatro Facultades de Medicina del Ecuador (Loja, Guayaquil, Cuenca y Quito) fueron interpretados en el contexto de algunas tendencias futuras en el área de formación médica y de la producción de recursos humanos.

Los resultados de las cuatro Facultades difieren entre sí en algunos elementos, sin embargo existen puntos de coincidencia que se refieren principalmente a que las Escuelas están comprometidas en el discurso, pero que faltaría mayor inserción en la realidad; así mismo las estructuras de los planes de estudio son rígidas.

Las experiencias de las Facultades de Loja y La Plata fueron reseñadas en el marco de las situaciones académica y administrativa particulares, determinadas por la historia de dichas universidades. En ambos casos la estructura curricular y su organización son tradicionales a pesar de los cambios realizados; ambas definen como alternativas la necesidad imperiosa de realizar un estudio profundo de la realidad local y regional para tener una visión científica de las necesidades dominantes y al mismo tiempo analizar la escasa capacidad de respuesta y solución por parte de las universidades.

Las propuestas generales realizadas coincidieron en la necesidad de utilizar mejor el Análisis Prospectivo perfeccionando el instrumento y tomando en cuenta los procesos institucionales y sociales, considerando que los procesos sociales se resuelven dentro de las contradicciones de poder político. Por tanto el problema fundamental en un nivel general, radica en la solución de estas contradicciones. Ello implica evitar restringir el análisis y las soluciones a un marco exclusivamente estructural institucional. La respuesta de las universidades deberán estar basados en el análisis político y orientados por las necesidades sociales.

2.5. Alternativas transformadoras en la educación médica latinoamericana

El sentido del tema a tratar fue la necesidad de capitalizar la elaboración teórica y práctica de la Educación Médica de América Latina en los últimos 30 años.

En la actualidad se está produciendo un salto cualitativo con la creación de alternativas transformadoras para el final de este siglo y el comienzo del siglo XXI dentro de la meta SPT 2000 al respecto se puede reconocer dos corrientes básicas en la interpretación de dicha meta:

Una considera que debe lograrse a través de programas y tareas según problemas específicos, y otra deben realizarse acciones conjuntas orientadas por principios como el de la equidad.

La pregunta central a responder fue:

¿Qué tipo de transformaciones requerimos en la Educación Médica para lograr una salud igualitaria?. Partiendo de asumir el importante papel de la Universidad y que no existe una relación mecánica entre la práctica médica y la Educación Médica, la Universidad debe interpretar las necesidades de salud de la sociedad.

La adecuada selección de panelistas hace que podamos analizar realidades muy diferentes: Brasil, Cuba, Nicaragua y Ecuador. Cuba y Nicaragua en el contexto de una alta prioridad de la salud y la educación médica con transformaciones profundas en ellas, a raíz de sus transformaciones sociales. Nicaragua, en difíciles condiciones de agresión y guerra, busca transformaciones y adecuaciones con énfasis en la atención primaria. En Brasil los trabajadores de la salud han jugado un papel importante en la lucha por la democracia, resaltando su participación en la VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD y en la preparación de la Constituyente. En Ecuador existen otras experiencias como las de México donde se han dado búsquedas importantes en la producción teórica hacia una transformación científica de la educación en general, como son los esfuerzos de la UAM—XOCHIMILCO. Se requiere el dominio de la ciencia y de la técnica al servicio de la humanidad en un esfuerzo conjunto y coordinado como precondition para la transformación educativa y la transformación de los hombres, no bastando la voluntad de servicio.

La experiencia ecuatoriana se ubica en el contexto de los efectos de la crisis, agravada por el alto monto de la deuda externa. La bonanza petrolera del país permitió algunos logros aún en la infraestructura sanitaria, pero vino luego un relativo abandono del agro y el impacto de la crisis internacional. Actualmente en el Ecuador se está implementando una política económica neoliberal.

En relación con la situación de las facultades de medicina del país se considera que están cumpliendo un papel predominantemente paliativo en la situación de salud con predominio de los aspectos formales y académicos en las reformas en marcha. Es de resaltar el importante impulso que se ha dado a la investigación y su orientación a la atención de las prioridades sanitarias nacionales. Entre las alternativas que busca se destaca la importan-

cia de la formación de una conciencia social transformadora, científicamente sustentada.

El papel de la Integración Docente Asistencial y de la Medicina Comunitaria es por ende importante y se estima que se dan condiciones propicias en el país. Es de reconocer el papel de la AFEME en el impulso a ambas estrategias.

La experiencia de Cuba demuestra que los cambios reales en los planes de estudios son determinados por la estructura y dinámica socio-política del país. Hay pre-requisitos sociales para la posibilidad del cambio en la educación médica tales como concepción bio-social de la salud; prioridad de la salud en la política y en la asignación de recursos, reconocimiento del papel del trabajador de la salud; definición de las políticas sanitarias y educativas; participación de las masas en las tareas sanitarias. Las facultades de medicina pueden influenciar las políticas y programas sanitarios, pero primando la práctica social y la práctica médica en la educación médica.

Los avances científicos técnicos influyen decisivamente y deben tenerse en cuenta en la formulación de la educación médica. Es preciso seleccionar los contenidos científicos evitando las sobredosis de información, y además equilibrar las ciencias biológicas con las ciencias humanas. Es preciso vencer las resistencias a los cambios, los que deben ser metódicos no esporádicos ni desarticulados, la educación médica debe hacerse en equipo, deben definirse las tareas, conocimientos y técnicas específicas de cada trabajador de la salud, y definir los objetivos específicos a partir de los grandes objetivos sociales. Debe configurarse un plan general de modo que el plan de estudios no sea una confederación de disciplinas.

En la experiencia cubana se destaca la atención primaria como eje y la necesidad de cambio en la actitud y en la formación del profesor, cuyas calidades humanas deben ser también considerarse. La evaluación debe orientarse a calificar si la persona está calificada o no para cumplir sus funciones y objetivos, y al mismo tiempo los planes mismos deben evaluarse periódicamente para su oportuna modificación.

El caso de Nicaragua resalta en forma práctica y actual la articulación de la práctica médica y la educación médica con la estructura económica. En Nicaragua bajo el dominio del Somocismo, solo ingresaban a la única facultad de Medicina del país 120 estudiantes y la formación médica era elitista, individualista, con separación entre la teoría y la práctica y con predominio de lo biológico sobre lo social. Después del triunfo revolucionario se procedió a suspender el currículo basado en unidades integradas retomando las asignaturas por régimen semestral, se revisó el plan de estudios haciéndolo acorde con el perfil epidemiológico nacional, se dio prioridad a la medicina preventiva proyectándola a toda la carrera, y se hizo, de conformidad con el Ministerio de Salud, la definición del perfil del médico requerido como base en sus funciones asistenciales, investigativa, docentes y militares.

La práctica educativa Nicaraguense considera fundamental definir la estrategia educativa para la formación del nuevo médico. La estrategia fundamental implantada en Managua ha sido la del estudio-trabajo. Mediante es-

ta estrategia se vincula al estudiante a los problemas de la población organizada, vinculación que se hace progresiva, con niveles de complejidad creciente tanto en el conocimiento como en la búsqueda de soluciones. A ocho años del comienzo, la evaluación de la estrategia es altamente positiva.

La experiencia de Brasil propone que es necesario esclarecer inicialmente ¿qué es una alternativa transformadora?, ¿qué contenidos debe tener para que esté al servicio del proceso y la práctica democráticos?. Reconoce que en el conjunto a los distintos países de América Latina nos encontramos ante opciones diferentes según que se den un proceso hegemónicamente democrático, que se trabaje para contribuir a la construcción de la democracia, o que se trabaje en la resistencia contra el autoritarismo y por y por la recuperación democrática.

El caso brasileiro resalta el hecho de como los sanitarios están siendo muy importantes en las propuestas de las reformas sanitarias y en la formulación de la Ley del Sistema Nacional de Salud. Se ha logrado movilizar a la población en torno al problema de la salud, tal como ocurrió en la octava conferencia de la salud. En la etapa actual se está discutiendo el texto final de la reforma sanitaria, garantizando el derecho universal, efectivo e igualitario a la salud, y creando el sistema nacional de salud. Un cambio curricular que no se ubicará en tal contexto, estaría en contravía de la historia. La estrategia transformadora no parte del cambio curricular intrínseco, sino de considerar que la Escuela de Medicina debe estar articulada con los servicios de salud; hay que acabar con el status excluyente de los profesores y la necesidad de explorar la relación estudio-trabajo. Se requiere una articulación políticamente orientada en el proceso en marcha, sin temores a vulnerar la autonomía universitaria. Esta experiencia evoca la presencia viviente y los aportes de María Cecilia Donangelo y Juan César García.

Las experiencias presentadas motivaron la reflexión alrededor de áreas de trabajo fundamentales como:

- La importancia del rigor científico en todo el proceso de la Educación Médica y la necesaria científicidad de las estrategias transformadoras. La investigación operativa puede ser una herramienta útil en este sentido.
- La Integración Docente Asistencial, que constituye una importante y compleja posibilidad transformadora. Partiendo de las necesidades de salud de la población debe replantarse en el sentido de integración docente-asistencial-investigativa. Es necesario superar el defecto de comunicación entre los universitarios y el personal de los servicios así como la utilización del trabajo comunitario. Dicha integración debiera darse con todas las instituciones de salud no solo con el Ministerio de Salud, requiriendo de una sólida base legal.
- La educación médica configura un espacio propio que diferencia una dimensión vertical entre niveles de conocimiento, y una dimensión horizontal que permita definir, por ejemplo, la relación del trabajador de la salud, con la comunidad organizada y sus agentes en el proceso estudio-trabajo.

- Lo que limita a la universidad no es su autonomía sino las limitaciones de los propios universitarios. Así en algunos casos puede ser invocada la autonomía universitaria para oponerse a avances populares en salud y a un mayor compromiso de la universidad con los servicios y la población.

2.6. Alternativas transformadoras de la Práctica Médica en Latino—América

El tema propuesto fue objeto de análisis disímil por los miembros del panel, abordándose en algunos casos otros aspectos de relevancia pero no relacionados directamente con la práctica médica y sus alternativas transformadoras. Este hecho, derivado de la complejidad del tema determinó una falta de consenso sobre el particular.

Así mismo se resaltaron los siguientes puntos comunes:

- Existe una alta dependencia de la práctica médica en relación al sistema social y político en que se ubica, en términos de perfil profesional, mercado laboral y nivel de compromiso con la realidad objetiva; en los casos relatados, sólo el caso de Cuba presenta resultados concretos de reorientación de la práctica médica, de forma que pudo cumplir y hasta sobre cumplir las metas de SPT/2.000.
- La práctica médica es influenciada por los intereses multinacionales de la industria farmacéutica y por el tecnicismo acrítico basado solamente en los intereses comerciales.
- La salud asume cada vez más un rol político, al representar la propia manifestación de las condiciones de vida proporcionadas por los países.
- Es absolutamente necesario un acercamiento entre la práctica y la enseñanza, utilizándose todos los servicios como campo de investigación, práctica asistencial y docencia.
- No se puede pensar la práctica médica de forma aislada, pues la misma es dependiente de todas las demás prácticas profesionales que conforman el acto de diagnosticar y tratar, realizado por el equipo de salud.
- Hay necesidad de estudiar la fuerza laboral en salud en su conjunto con el fin de trazar estrategias conjuntas para su calificación.
- El alcance de las metas de SPT/2.000 sólo puede darse a través de tres vertientes principales:
 - * Reorientación de recursos para el sector salud, obtenidos a través del detenimiento de la carrera armamentista.
 - * Clara voluntad política que asigne real prioridad a la salud.
 - * Cambio radical en los conceptos tradicionales de la práctica médica, revertiendo los valores distorsionados de las diversas especialidades y poniendo de relieve la Atención Primaria de Salud, valorándola adecuadamente.
- A pesar de las variaciones entre las posibilidades económicas, sociales y políticas de los países, quedó clara la necesidad de que todos tengan una única imagen objetivo para la transformación de la práctica médica, que es un Sistema Nacional Unico de Salud; aunque los caminos y estrategias para su alcance puedan y deban ser distintas para cada realidad concreta.

Además, se hizo hincapié en la importancia que puede tener la salud como factor integrador entre los países como es el caso de Centro América, como "puente para la paz".

A manera de consideraciones finales deseamos transcribir por su vigencia, las palabras que el Dr. Pablo Carlevaro, presente en esta Conferencia, suscribiera con motivo de la VII CONFERENCIA DE ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA, realizada en Maracaibo—Venezuela en 1971, de la que fue también Relator General:

"Que nuestra fraternidad de hoy, nuestros sentimientos honestos en favor de la Educación Médica de los estudiantes y graduados de América Latina, nuestra preocupación por la elevación de los niveles de atención de salud de nuestros pueblos, nuestras inquietudes compartidas por el progreso científico de la medicina y todas las ciencias de la salud, para servir al bienestar social de la humanidad no quedan sólo como expresión de deseos o como formulaciones lógicamente enunciadas y correctamente escritas.

Que en función de todo eso, seamos capaces de formar, efectivamente, en nuestras facultades y escuelas, médicos que -además de técnicos científicamente preparados- sean hombres sólo y verdaderamente comprometidos con su gente, con su tierra y con su tiempo, que si han hecho médicos no lo ha sido para lucro, relevancia o gloria, sino para ser más eficaces en su condición de herramientas humildes de servicio social.

COMPANEROS:

Que seamos siempre fraternos; que no nos falte nunca la lucidez, la voluntad y el coraje".

MUCHAS GRACIAS

Pedro E. Brito Quintana

RELATOR GENERAL

PROFESOR, UNIVERSIDAD PERUANA "CAYETANO HEREDIA" Lima—Perú

**THE UNIVERSITIES OF LATIN AMERICA AND THE WORLD
STRATEGY TO ATTAIN HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000**

**Topics selected from the General Report of the XIV Conference
of Schools of Medicine in Latin America**

THE UNIVERSITIES OF LATIN AMERICA AND THE WORLD STRATEGY TO ATTAIN HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000

The XIV Conference of Schools of Medicine in Latin America was held in Quito from 5 to 8 October 1987, convened by the Union of Universities of Latin America (UDUAL) and the Latin American Association of Schools of Medicine (ALAFEM). The Conference was sponsored by the Pan American Health Organization (PAHO) and was organized by the School of Medical Sciences of the Central University of Ecuador.

The main topic of the Conference was "The Universities of Latin America and the World Strategy to Attain Health for All by the Year 2000."

One hundred and sixty participants attended the meeting, which represented 59 Latin American universities. Delegates attended from UDUAL, PAHO, the Organization of Schools of Dentistry of Latin America (OFEDO), and the Association of Schools of Nursing of Latin America (ALAFEDE). The Brazilian Association of Schools of Medicine (ABEM) was also represented. Among other speakers, the President of the Central American Association of Schools of Medicine (ACAFAM) and the President of the Latin American Association of Social Medicine (ALAMES) also attended. Ministries of Health, Social Security institutes, and student organizations also attended the Conference, although in lesser numbers.

The officers elected to preside over the Conference were the following:

Chairman:

Dr. Rodrigo F. Yépez
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador
Quito, Ecuador

Vice-Chairmen:

Dr. Raúl Felipe Calix
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Autónoma de Honduras
Tegucigalpa, Honduras

Dr. Juan Vela Valdés
Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas
Habana, Cuba

Dr. Pablo Carlevaro
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional
Montevideo, Uruguay

Dr. Alfredo de Villegas
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Santo Domingo
Santo Domingo, Dominican Republic

Dr. Antonio Meza Cuadra
Profesor de la Facultad de Medicina
Universidad Mayor de San Marcos
Lima, Perú

General Rapporteur:

Dr. Pedro E. Brito
Profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

General Secretary:

Dr. Edgar Játiva
Director Ejecutivo
Asociación de Facultades de Medicina
Quito, Ecuador

In the framework of the Conference a posthumous tribute was paid to the memory of Dr. Juan César García, untiring defender of the health of the peoples of Latin America and promoter of change in medical education.

One of the sessions was honored by the name of Dr. Ramón Villareal, another significant Latin American medical educator who recently died.

In the spirit of the theme of the Conference, "Peace and Latin American Integration," the need was pointed out to increase the attention of health professionals regarding the struggle against militarism and nuclear war, and the initiative of not paying the external debt of the Latin American countries was supported as a means of defending the life and health of their respective peoples.

The debates, ideas, and analyses with reference to the central topic were summarized in the general report of the Conference, from which we have extracted the following subjects with a view to contributing toward the development of this World Conference.

I. TRANSFORMATION OF MEDICAL EDUCATION

Transformation of medical education in Latin America requires an analysis of its history in order to extrapolate its future prospects. Primary health care as a strategy of health policies has prompted universities to review their strategies and revise their training programs in accordance with such guidelines. The foregoing has implied for the universities not only efforts to change their activities, but also to seek new institutional directions.

In the face of this challenge we find that we lack a Latin American educational theory to serve as orientation. Current medical education is patterned after foreign models that are repeated acritically.

As the task of building a Latin American theoretical framework for the transformation of our medical education is pending, it is necessary to study this transformation and to recognize its trends and historical features in order to support task of construction lying before us.

II. HISTORICAL ASPECTS

The history of medical education is closely tied to the history of society and to its economic, social, and political structure. In colonial times, training institutions for physicians, which continued the guiding principles of the University of Salamanca, were organized in accordance with the needs of the Conquistadors and the dominant classes. Impregnated with magical notions and governed by religious ideology, medical practice was dominated by the Church; its establishments were places dedicated to the care of the marginalized population, and it continued in that manner up to the last century.

In spite of the influence of the French Revolution, during the beginnings of the Republican Era schools of medicine continued to preserve the same colonial characteristics, while feudal forms of social production were being consolidated. However, progress in the medical sciences produced conditions for some curriculum reforms.

The development of capitalism created the conditions for the appearance of new concepts and university practices. The principles of the university reform of Córdova and university autonomy opened a new phase. Simultaneously, possibilities arose for the influence of models generated in the capitalist metropolises. These models favored elitist training, departmentalization, medical specialization, and the practice of curative and hospital care with a high consumption of inputs and medical technologies.

The influence of the Flexner report was tied to the problems of departmentalized structure in a model of medical education organized mainly by subjects. In Latin America this influence was definitive and was manifested in an organization

of education that separated the preventive from the curative, the individual from the community, and the biological from the social. The results may be observed presently in the limited work that medical schools carry out with communities, preferably centering their activities on the hospital. Also noteworthy is the abandonment of outpatient consultation as an educational area and of medical care as training and essential strategy.

A current manifestation of the articulation between medical education and the economic and political structure has been observed in recent years: at the same time that trends toward privatization are apparent in the social economy, in some countries of Latin America numerous private schools of medicine are emerging oriented by mercantile criteria. Authentic "free zones" were created in medical education dedicated to the sale of degrees. In the face of these situations, the Latin American university, defending ethical and scientific positions and despite severe economic and political restrictions, has investigated and is denouncing this situation.

In more recent years our schools have begun to concern themselves with increasing the quantity and the levels of their graduates, increasing their knowledge, and encouraging preventive practices, all within a positivist philosophic framework. A result of this influence is the beginning of community health practices; incorporation of elements of functionalist psychology and sociology; introduction of rotary internship; and initiatives to coordinate teaching horizontally and vertically. This has necessarily demanded resources, which were obtained through loans and international credits. During this period inter-university associations, such as FEPAFEM, sought international consensus by promoting models and methodologies in medical education. It was also the time of the triumph of the Cuban revolution and its consolidation, a historical fact that definitively influenced the universities of Latin America.

Since these times the international corporations that control technology and industry in the health field have succeeded in decisively influencing the training of professionals. It was only at the end of the 1960s that elements began to be generated in Latin America to construct a frame of reference for medical education consonant with our realities.

However, we still cannot affirm that a Latin American model of medical education exists. We continue to be dominated by a functional model that prioritizes teaching by subject matter, sustained in the traditional university chair and in practical demonstration; disciplines are conflicting and unintegrated; we continue neglecting primary and ambulatory care services in training our students. Briefly, we continue to function under a feudal educational model. This traditional and authoritarian model does not promote critical capacity, and it is not concerned with social content in the thought and activities of physicians.

The task of constructing a Latin American model for medical education that responds to the realities of our countries implies not only recognizing the successes and errors of the past in medical training institutions, but also considering the influence of the socioeconomic structure and the State and, in these times, the question of the crisis.

III. THE CRISIS

The economic crisis in Latin America has been converted into a "normal" situation for some sectors by virtue of its persistence, with the added particularity that while in the industrialized countries the crisis is beginning to recede, it has been transferred to others, so that it is felt with greater intensity in the peripheral or dependent countries and causes a greater impact on the most dispossessed groups.

In order to clarify the causes of this crisis, it is necessary to look to the economic and political processes of monopolistic capitalism that are manifested in most of the countries of the Region: economic power and concentration of the wealth in a few hands; the presence of foreign capital; unjust levels of exchange at the international level; and the presence of the unjust external debt that increases with each passing day.

This situation has originated several effects on most of the countries of Latin America: reduction of social expenditure, particularly in education and health, and the emergence, in these fields, of phenomenological currents that spread the ideas of "dismedicalization" and "descolarization", thereby promoting an increase of the trend toward privatization of education and health. In the economic and political fields one may observe the emergence of a new international division of labor that has caused: deterioration of national industry; greater levels of dependency on financial monopolies; loss of national sovereignties; and distortion of social production. A major effect: the health of the people in crisis.

IV. CRISIS AND PUBLIC HEALTH

The concept of the health of the people should not be understood as a populist or demagogic notion; it refers explicitly to the health of the masses, to the health of the poor, of those deprived of and marginalized from knowledge and science, and from the means of subsistence and dominant medicine; it refers to the sectors of society who have been denied the right to health.

Several aspects of the health of the people have suffered the impact of the crisis. In most countries there has been a reduction in government health budgets; indexes of malnutrition have increased; the provision of basic infrastructure does not correspond to the needs of the population; life expectancy has diminished; accidents have increased in groups in productive age; and infant mortality conti-

nues at alarming levels without any relation apparent of the close connection between crisis on the one hand and morbidity and mortality on the other.

V. HEALTH AND THE MEDICAL LABOR MARKET

At the same time a contradiction is emerging in Latin America that is underscored by the presence of large sectors of the population that do not have access to health services and a progressive increase in the number of physicians who are not absorbed by the labor market.

The medical labor market cannot be separated from the labor market at the level of society, since both obey the general structure and are determined by the economic policies of the countries of the area. These policies are characterized by a reduction in social expenditure, particularly in the health sector, as a consequence of giving priority to paying the external debt rather than paying the social debt owed to the people.

Health services, both in quality and quantity, are unfairly distributed in most of the countries and are concentrated in the large cities; together with the abandonment of services by the State, there has been a progressive deterioration in the quality of services for most of the population and a channeling of financial resources toward the private, minority sector, which has led to the creation of increasingly powerful commercial medicine and the development of insurance corporations and companies in which the struggle for the ownership and control of the means of production of health services has been transformed into a ferocious battle. In some countries, banks and financial entities have been obtaining control of medical practice and personnel, motivated by profit motives.

The disorganization of health systems and the multiplicity of entities providing services typified by irrational work systems and low wages have subjected professionals to both underemployment and to having to maintain more than one job in order to maintain an increasingly deteriorated medical status.

On the other hand and not subject to attention by medical associations—an increase in popular medicine with all its variants is taking place for most dispossessed sectors of the population.

Inclusion of the physician in the productive process depends on the availability of his means of work and on control of the care process. The extent of such control of the physician on the work process and the means for carrying it out determine the conditions of his practice. Consequently, the following modalities of work may now be identified:

- a) Autonomous free practice.
- b) Salaried practice in a process of production of services not geared to profit

in public or social security services.

- c) Salaried practice in private organizations directed toward development of capital. In this case care no longer has the primary objective of resolving social needs, but rather of generating benefits for private gain.

The general trend to salary as the principal form of remuneration reflects the growing loss of medical autonomy in professional practice.

Evidence exists on the effect of the economic crisis on the position of the physician with regard to salary. Thus, on the one hand, medical associations have generally achieved relative maintenance of the real level of medical wages; in some countries they have even achieved increases through direct confrontations with recessive governmental policies.

It is undeniable that medical unemployment exists in different degrees in the various countries; however, it is urgent that its meaning be re-evaluated. Unemployment is being distorted by the concrete political interests of corporations.

On the other hand, the institutions that train physicians and health personnel have not considered in their activities the educational and social situation prior to student's entry into the universities nor the placement of their graduates in the labor market. The educational process is organized and functions beyond organizational and curriculum particularities, influenced by conceptual, ideological, organizational, and cultural elements that correspond to the dominant medical practice, while concealing the reality of medical working conditions in the labor market behind the glitter of its formal structure.

Thus, medical education has had as its purpose the technical training of human resources essential for the satisfaction of the health needs of given population groups and generally has not contemplated the situation of the social practice of medicine.

The progressive increase in the number of unemployed in the sector has generated biased proposals that pressure the universities to reduce enrollment and to close some schools. These proposals respond to economic and political determinants; they do not consider the care model in effect in terms of equity and coverage; it is not only a problem of overproduction of personnel, but mainly one of coverage of the services that commits the capacity of the health system to absorb the human resources necessary to satisfy the needs of the population with equity, effectiveness, and efficiency.

In relation to the number of graduates it was established that the analyses at the level of Latin America carried out by PAHO demonstrate that although the number of graduates has been maintained at a high level, it is tending to decline, as

is the demand for enrollment.

The profession will no longer be as attractive, in terms of generation of income, and will encourage young people to opt for new professional alternatives. These facts show a reversal of the trend of the 1970s, which will be felt in the coming years.

The educational policy of the State has prioritized an favored specialization; however, there is evidence in some countries that there was no increase in the trends toward specialization in the 1980s as compared to the 1970s, which would show a capacity for autonomous regulation of some elements in the labor market.

If the health needs of the population are taken to be the main criteria of the analysis, it may be affirmed that there is no excess supply of physicians.

Scientific evaluation of the supply and demand for health personnel is an objective need, and it possesses rigorous research methods. It should be established whether supply exceeds demand or not and what the situation and structure of unemployment is. To say there is an excess of physicians is a value judgement that has clear political implications. To affirm that there is an excess of physicians is never an ingenuous statement, since it always obeys the interests of groups and of the State. Judgment regarding the adequacy of supply and demand should be made:

1. On the basis of the objectives of social justice and the interests of the population, which are reflected in the models of provision and scope of the service system.
2. On the basis of the objectives of official policies, motivated by economic situations.
3. On the basis of knowledge of the nature and characteristics of the medical market, taking into account the corporate interest that interpret them.

VI. ROLE OF THE UNIVERSITY

Despite its detractors and the assaults to which it is subjected, the intellectual, scientific, and technological excellence of Latin American universities is recognized. This is an area in which critical awareness of society is maintained. However, serious limitations still persist in university activities: a passing down of knowledge that overrides the creation of new knowledge, and action oriented to training professionals and technicians rather than men and women of critical thought and to developing memory more than intelligence.

Thus, it is up to the university:

- to overcome dialectically the requirement of being a reproducer of the system;
- to make possible the building of innovating scientific knowledge of health;
- to contribute to generating and democratizing practices that make it possible to recover the health of the entire population;
- to promote conscientious awareness of health in the university;
- to program health alternatives for the people.

It is an error to think that modifying the curriculum will produce a transformation in society. Another error is to affirm that it is necessary to wait for social structures to change in order for incorporation into the process of change. It is necessary to carry out changes while making it very clear what the principal and secondary contradictions are. In this perspective the university can and should play a leading role, here and now, in the defense of life.

For the same reason it is the university's task to seek new strategies for real and effective linkage with the people. For the fulfillment of the historical role of the university it is a need that, in its intellectual role, it be linked organically with the people in order to contribute to their organization and mobilization for social transformation.

It is also the university's task to establish contacts with the official sectors, taking advantage of the areas that democratic situations can provide. The approach to an analysis and interpretation of education and health, demands interdisciplinary contributions from various areas of knowledge: policy, economy, planning, and so forth.

It is also the task of the university to promote far-reaching analyses of the dynamics of medical and health work that will assist in better interpretation of trends and concepts, and, as a result:

- in recognizing that the labor market constitutes an important field for the social function of the university, school of medicine should produce knowledge and develop institutional policies in order to reorient, plan, and organize medical education in relation to the health needs of the population and the labor situation of the physicians;
- should consider medical practice as a theoretical object and one of transformation, since it is necessary to subordinate technical components to social practice; this implies revising the traditional relationships between training institutions and the health services; and
- should intensify internal analysis of the theoretical, methodological, and orga-

nizational bases that sustain educational practice with the defined intention of contributing to transformation of the services.

It is also the university's task to further explore knowledge of the health-disease process, its socially determined nature, and its bio-physical-social characterization in each reality, and to acquire knowledge of the organization and operation of medical practice through analysis of its structure, situations, and trends.

It is also the task of the university to work in coordination with health organizations, to participate actively in the definition of policies and in national planning for the health sector, and to assume an active role in pertinent manpower planning.

Finally, it is the university's task to eradicate repetitious research, promote the development of relevant areas of health realities and the provision of services, and expand its knowledge of technological development and its relation to the structure and organization of teaching and medical work.

Several of the proposals that have been rapidly summarized in this document and others that appear explicitly in the General Report of the Conference are the subject matter of work and study at the present time in several Latin American universities belonging to UDUAL and in schools affiliated with ALAFEM, which have decided to participate as institutions in the development of new educational patterns for the future.

The Pan American Health Organization has favored introduction of the scenario approach in the field of training physicians, thereby making it possible for the university sector to obtain knowledge so that it may respond to orientations that involve: recognition of the social determination of diseases, social participation in health, the use of appropriate technologies, reformulation of parameters for access to health services, better epidemiological knowledge of health regions, and better use of referral systems, of supplies, of information, and the like, in relation to primary health care.

The universities of Latin America and the schools of the Region, with the coordination of ALAFEM and PAHO sponsorship of the Program of Human Resource Development, continue in the process of overcoming the limiting and limited approaches that have prevailed in medical education in behalf of a new vision related to a conceptual frame of reference that takes into account desired social objectives adapted to specific future scenarios for each political, economic, social, and health reality.

The process implies not only adopting a methodology, but also assuming a definite position with regard to basic pronouncements and concepts pertinent to the process of change.

SINTESIS DE LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA DE ALAFEM DE OCTUBRE DE 1987

1. La Asamblea resolvió que XV Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, tenga lugar en la sede del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, en Octubre de 1989.

Como sede alterna se designó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

2. La Asamblea eligió el Consejo Directivo de ALAFEM para el período que media entre la XIV y la XV Conferencia, el mismo que quedó integrado de la siguiente manera:

PRESIDENTE

Dr. Rodrigo Yépez
(Ecuador)

CONSEJEROS

Dr. Juan Diego Cobelo
(Cuba)

Dr. Raúl Felipe Cálix
(Honduras)

Dr. Antonio Meza-Cuadra
(Perú)

Dr. César Mella
(República Dominicana)

Dra. Conny Chapeza
(México)

SECRETARIO GENERAL
Dr. Dimitri Barreto V.
(Ecuador)

Dr. Pablo Carlevaro
(Uruguay)

3. La Asamblea aprobó un pronunciamiento unánime condenando la violencia en los países de la región, haciendo una invocación y un ferviente llamado a la paz entre los pueblos latinoamericanos.
4. La Asamblea condenó la política imperialista frente a los países de América Latina y el Caribe y se pronunció por la tesis del no-pago de la deuda externa.
5. La Asamblea aprobó por unanimidad conceder un voto de aplauso a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central y al Comité Organizador de la XIV Conferencia.

PRESIDENTE

Dr. Rodrigo Rojas
(Ecuador)

CONSEJEROS

Dr. Juan Diego Coto
(Costa Rica)

Dr. Raúl Felipe Cáriz
(Honduras)

Dr. Antonio Mesa Cordero
(Paraguay)

Dr. César Milla
(República Dominicana)

Dr. Conny Capriles
(México)

SECRETARIO GENERAL
Dr. Domingo García V.
(Ecuador)

Dr. Pablo Enriquez
(Uruguay)

La presente publicación que consta de 1.000 ejemplares fue impreso en el Departamento de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Médicas; siendo Decano el Dr. Dimitri Barreto y Jefe de Publicaciones el Sr. Eduardo Vega.

Quito junio, 1989

UDUAL

R750

.C66

1987

Ej. 2

06807

Conferencia de
Facultades y Escuelas
de Medicina en
América Latina
Las universidades de
América Latina y la
estrategia mundial para
alcanzar salud para

