

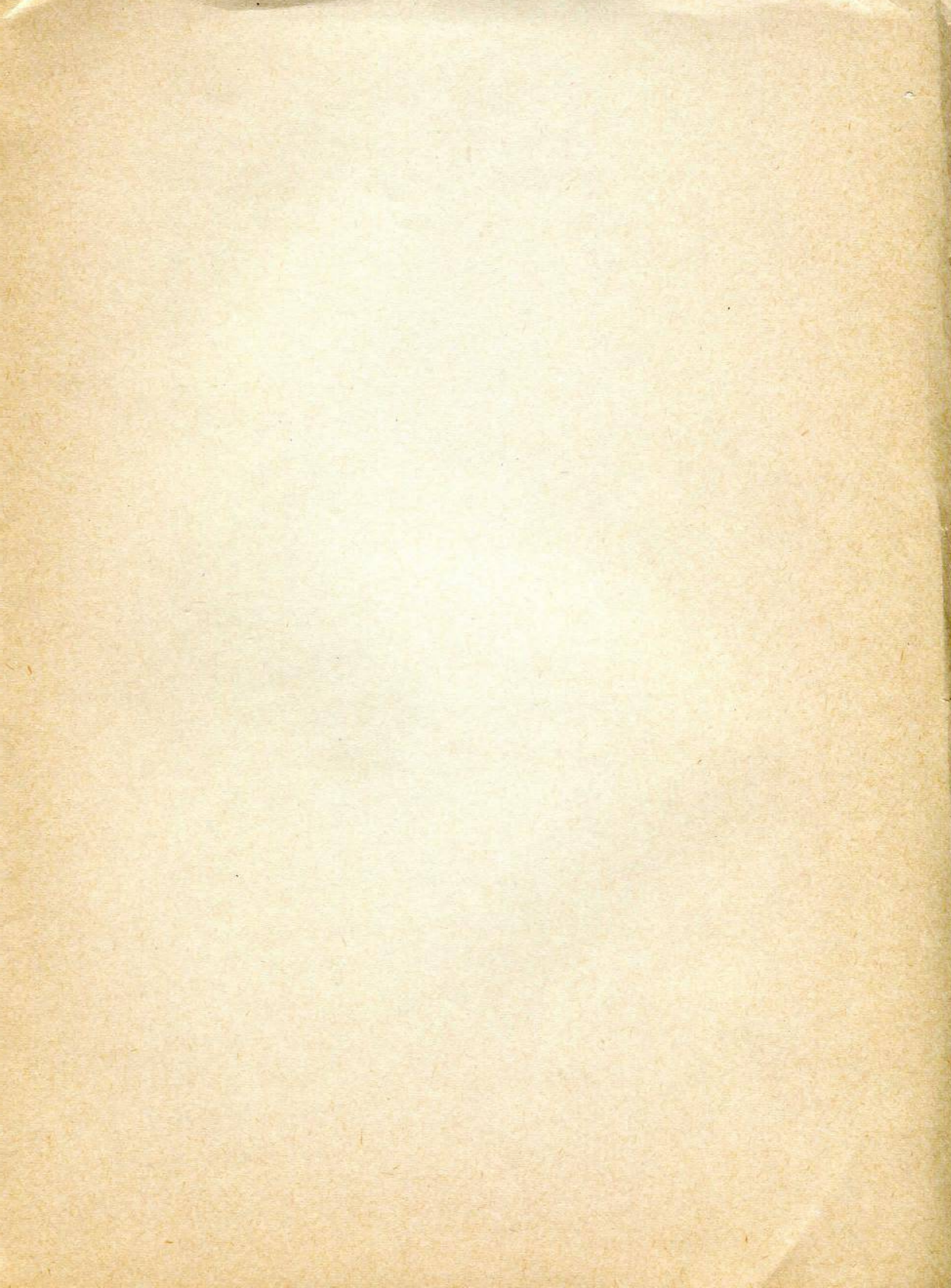
EL MEDICO QUE AMERICA LATINA NECESITA

VIII Conferencia de Facultades y Escuelas
de Medicina de América Latina

25-29 de noviembre de 1973

**Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador
Quito, Ecuador**

**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
SECRETARIA GENERAL
MEXICO, 1975**



EL MEDICO QUE AMERICA LATINA NECESITA

VIII Conferencia de Facultades y Escuelas
de Medicina de América Latina

25-29 de noviembre de 1973

**Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador
Quito, Ecuador**

**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
SECRETARIA GENERAL
MEXICO, 1975**

UDUAL

R750

-068

1973

8.2

CLASF. _____

ADQ. 504

PPCC. _____

FECHA 21-jun 91

PRECIO _____

Código de Berta

C10018030022

Nº de Inventario

20180300504

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA
LATINA. CENTRO DE INFORMACION Y
BOCATORIA DE BIBLIOTECAS

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
SECRETARIA GENERAL
MEXICO, 1972

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. El Estado	15
Capítulo II. El Poder Judicial	25
Capítulo III. El Poder Ejecutivo	35
Capítulo IV. El Poder Legislativo	45
Capítulo V. El Poder Judicial y el Poder Ejecutivo	55
Capítulo VI. El Poder Judicial y el Poder Legislativo	65
Capítulo VII. El Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo	75
Capítulo VIII. El Poder Judicial y el Poder Legislativo y el Poder Ejecutivo	85
Capítulo IX. El Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo	95
Capítulo X. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo	105
Capítulo XI. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial	115
Capítulo XII. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo	125
Capítulo XIII. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo	135
Capítulo XIV. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial	145
Capítulo XV. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo	155
Capítulo XVI. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo	165
Capítulo XVII. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial	175
Capítulo XVIII. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo	185
Capítulo XIX. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo	195
Capítulo XX. El Poder Judicial, el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial y el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo y el Poder Judicial	205

ÍNDICE

Advertencia	9
Consejo Ejecutivo de la UDUAL	13
Comisión Organizadora de la VIII Conferencia	15
Temas, Ponentes y Comentaristas Oficiales	17
Sesión Preparatoria	21
Primer Informe de la Comisión de Credenciales	23
Exclusión de los delegados de la Universidad Austral y de la Universidad Católica de Chile	27
Segundo Informe de la Comisión de Credenciales	29
Informe de la Comisión Organizadora	31
Directivos de la Conferencia	35
Calendario aprobado para la VIII Conferencia	37
Ceremonia Inaugural	39
Discurso del doctor Raúl Vaca, en representación del Alcalde de Quito	39
Discurso del doctor Enrique Garcés Cabrera, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador	40
Mensaje del doctor Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	43
Discurso del doctor Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina	47
Discurso del doctor Estuardo Pazmiño, Rector de la Universidad Central del Ecuador	48
Discurso del doctor Sixto Valdez, Subsecretario de Salud, en representación del Ministro de Salud Pública del Ecuador	50
Primera Sesión Plenaria	53

Ponencia oficial. Tema I. "El Médico que América Latina necesita", por Eduardo Yépez Villalba	55
Comentario oficial al Tema I, por Julio Albán Holguín	105
Comentario oficial al Tema I, por Domingos da Silva Gandra	111
Segunda Sesión Plenaria	119
Ponencia oficial. Tema II. "Formación de los profesionales de la salud en función del desarrollo", por Heber Villalobos	121
Comentario oficial al Tema II, por Julio de León M.	145
Comentario oficial al Tema II, por José A. Llorens Figueroa	151
Tercera Sesión Plenaria	157
Ponencia oficial. Tema III. "Relación entre la demanda y la forma- ción de profesionales de la salud", por Héctor Castro Abitia y Ra- món Arrizabalaga	159
Comentario oficial al Tema III, por Luis Felipe Hartmann	187
Comentario oficial al Tema III, por Luis Pérez Espaillat	193
Trabajo de Comisiones	197
Mesa Redonda. "Características de la educación médica en América Latina"	199
Cuarta Sesión Plenaria	201
Relato General	203
Relato Final de la Mesa Redonda	213
Elección de la sede para la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina	227
Ceremonia de Clausura	229
Reglamento para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Me- dicina de las Universidades afiliadas a la UDUAL	231
Apéndice I. Comentario al Tema I, por Juan Almendares	239
Apéndice II. Comentario al Tema I, por Pablo Carlevaro	243
Apéndice III. Comentario al Tema II, por la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior de México y el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México	245
Apéndice IV. "Programas de integración", por los decanos de las Fa- cultades de Ciencias Médicas de las Universidades de Guayaquil, Central, de Cuenca y de Loja (Ecuador)	251

ADVERTENCIA

La Secretaría General de la UDUAL ha procurado sistemáticamente que las conferencias latinoamericanas que organiza tengan un complemento que sea a la vez testimonio y punto de partida.

Ese complemento es la Memoria de cada Conferencia. Documento de los trabajos desarrollados; de la participación activa de las instituciones que fueron convocadas y de las personas invitadas para dar base doctrinaria a la reunión. Punto de partida para la orientación de la enseñanza, la investigación y la política misma de las instituciones en el momento histórico que se vive y se renueva en nuestra América.

Es por ello que, con la conciencia de la responsabilidad y proyecciones que implica cada nuevo evento latinoamericano que promueve la Unión, se aplica un serio esfuerzo en publicar la Memoria cuyo destino final es la difusión y estudio entre las instituciones afiliadas y no afiliadas a nuestra Organización.

La VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina que organizó la UDUAL teniendo por sede la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador (25-29, XI, 73), debió culminar con la publicación de la Memoria respectiva. Al efecto, la Comisión Organizadora del evento ofreció insistentemente hacerse cargo del compromiso adquirido de publicarla y, lo que es más, en un plazo razonablemente breve.

Sin embargo, a catorce meses de celebrada la Conferencia y ya en tiempo de plena preparación de la siguiente, no ha sido posible contar con dicha publicación. Ante esa circunstancia, la Secretaría General de la UDUAL, autorizada por el Consejo Ejecutivo de la misma, publica hoy un avance de la Memoria, a fin de que las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina dispongan de los trabajos, documentos y resoluciones de la VIII reunión y estén en condiciones de abordar, con la debida continuidad, los planteamientos que se ofrezcan en la IX Conferencia.

La IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina tendrá por sede la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana, y se ha previsto su celebración para fines de 1975.

VIII CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS
DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

CONSEJO EJECUTIVO:

PRESIDENTE:

Carlos Tünnermann Bernheim,
rector de la Universidad Nacional
Autónoma de Nicaragua.
León, Nicaragua.

PRIMER VICEPRESIDENTE:

Fernando A. Storni,
rector de la Universidad Católica
de Córdoba.
Córdoba, Argentina.

SEGUNDO VICEPRESIDENTE:

Rafael Cuevas del Cid,
rector de la Universidad de San
Carlos de Guatemala.
Cd. de Guatemala, Guatemala.

TERCER VICEPRESIDENTE:

Felipe Mac Gregor,
rector de la Pontificia Universidad
Católica del Perú.
Lima, Perú.

VOCALES PROPIETARIOS:

PRIMERO:

Arturo Dibar,
rector de la Universidad
Centroamericana.
Managua, Nicaragua.

SEGUNDO:

Melchor Díaz Rubio,
rector de la Universidad Michoa-
cana de San Nicolás de Hidalgo.
Morelia, México.

TERCERO:

Eugenio Rodríguez Vega,
rector de la Universidad de Costa
Rica.
San José, Costa Rica.

CUARTO:

Hernán Malo González,
rector de la Universidad Católica
del Ecuador.
Quito, Ecuador.

SECRETARIO GENERAL:

Efrén C. del Pozo.

COMISIÓN ORGANIZADORA

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

<i>Dr. Enrique Garcés Cabrera</i>	PRESIDENTE HONORARIO.
<i>Dr. Eduardo Yépez Villalba</i>	PRESIDENTE.
<i>Dr. César Hermida Bustos</i>	SECRETARIO GENERAL.
<i>Dr. Guillermo Jaramillo del Pozo</i>	SECRETARIO DE FINANZAS.

UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

<i>Dr. Efrén C. del Pozo</i>	SECRETARIO GENERAL.
<i>Lic. Pedro Rojas</i>	COORDINADOR DE CONFERENCIAS.

TEMAS, PONENTES Y COMENTARISTAS OFICIALES

TEMA I:

"Realidad socio-económica y situación de salud en la América Latina".

Ponente:

ECUADOR

Dr. Eduardo Yépez Villalba,
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Central del Ecuador.

Comentaristas:

COLOMBIA

Dr. Julio Albán Holguín,
Federación Panamericana de
Asociaciones de Facultades y
Escuelas de Medicina.

BRASIL

Dr. Domingos Da Silva Gandra,
Facultad de Medicina.
Universidad de Minas Gerais.

TEMA II:

"Formación de los profesionales de la salud en función del desarrollo".

Ponente:

VENEZUELA

Dr. Heber Villalobos,
Facultad de Medicina.
Universidad del Zulia.

Comentaristas:

GUATEMALA

Dr. Julio de León,
Asociación Centroamericana de
Facultades de Medicina.

CUBA

Dr. José A. Llorens,
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de La Habana.

✓ **TEMA III:**

"Relación entre la demanda y la formación de profesionales de la salud".

Ponentes:

MÉXICO

Dr. Héctor Castro Abitia,
Escuela Superior de Medicina.
Instituto Politécnico Nacional.

Dr. Ramón Arrizabalaga,
Instituto de Ciencias de la Salud.
Universidad Autónoma del
Estado de México.

Comentaristas:

BOLIVIA

Dr. Luis Felipe Hartmann,
Universidad Mayor de San Andrés.

REPÚBLICA DOMINICANA

Dr. Luis Pérez Espailat,
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad de Santo Domingo.

MESA REDONDA:

"Características generales de la educación médica en América Latina".

Presidente:

ECUADOR

Dr. Leonardo Cornejo,
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Central.

Coordinador:

URUGUAY

Dr. Pablo Carlevaro,
Facultad de Medicina.
Universidad de la República.

Introducción:

Dr. Ramón Villarreal,
Jefe del Dpto. de Recursos
Humanos.
Organización Mundial de la Salud.
Organización Panamericana de la
Salud.

Ponentes:

Dr. Juan César García,
Dpto. de Recursos Humanos.
Organización Mundial de la Salud.
Organización Panamericana de la
Salud.

PERÚ

Dr. Antonio Meza Cuadra,
Programa Académico de Medicina.
Universidad Nacional Mayor de
San Marcos.

GUATEMALA

Dr. Ronaldo Luna,
Facultad de Medicina.
Universidad de San Carlos
de Guatemala.

SESIÓN PREPARATORIA

Domingo 25 de noviembre, 1973

17:00 hs. Local de la Cámara del Senado

Ocupó la Presidencia el doctor Efrén C. del Pozo, Secretario General de la UDUAL y la sesión se desarrolló con la siguiente

ORDEN DEL DÍA :

1. Informe de la Comisión de Credenciales.
2. Informe del Presidente de la Comisión Organizadora.
3. Elección de la Mesa Directiva de la Conferencia.
4. Aprobación del calendario de la reunión.

REGION PREPARATORIA

Domingo 22 de noviembre, 1971

17:00 en la casa de la familia del Sr. ...

Queda la invitación al doctor Efraim C. del Pozo, Secretario General de la UCA, a la reunión de desarrollo con la siguiente

orden del día:

1. Informe de la Comisión de Coordinación
2. Informe del Presidente de la Comisión Organizadora
3. Informe de la Mesa Directiva de la Conferencia
4. Aprobación del calendario de la reunión

PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN DE CREDENCIALES

En la ciudad de Quito, Ecuador, a los veinticinco días del mes de noviembre de mil novecientos setenta y tres, se reunieron los suscritos miembros de la Comisión dictaminadora de credenciales de la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de Latinoamérica. Después de examinar los diferentes documentos presentados como credenciales para justificar la representación de las diferentes Instituciones, rinden el siguiente dictamen:

Quedan registrados a la Conferencia las siguientes personas:

DELEGADOS OFICIALES:

Ramiro Almeida	Universidad Central del Ecuador
Rodrigo Fierro	— Ecuador
Gustavo Ramos	
Eduardo Luna Yépez	
Pablo Dávalos	
Leonardo Malo	
Jorge Rodríguez	
Alberto López	
Jacinto Vargas	
José M. Terán	
Isidoro Martínez M.	Universidad Estatal de Guayaquil
Ildelfonso Matamoros	— Ecuador
Rubén Solís	Universidad Estatal de Cuenca—
Moisés Arteaga	Ecuador
Edgar Rodas	
Kleber Alvarez	
Rafael E. García	
Víctor M. Gutiérrez	Universidad Estatal de Loja
	— Ecuador
Luis Felipe Hartmann	Universidad de San Andrés—
Vidal Bothelo Herrera	Bolivia
Julio Bustillos	

José A. Llorens Horacio de la Osa José A. Pagés	Universidad de La Habana — Cuba
Víctor Maturana L.	Universidad Católica — Chile
Alberto Cristoffanini	Universidad Austral — Chile
César Augusto Vargas	Universidad de San Carlos — Guatemala
Abel Hernández Chávez	Universidad de Guadalajara — México
Néstor Velasco Pérez	Universidad Autónoma de Guadalajara — México
Rodolfo V. Young	Universidad de Panamá
Antonio Meza Cuadra Manuel Enrique Rubio Vélez Alejandro Bazán González	Universidad Nacional de San Marcos — Perú
Luis Pérez Espailat	Universidad Autónoma de Santo Domingo — R. Dominicana
Pablo Carlevaro	Universidad de la República — Uruguay
Heber Villalobos	Universidad del Zulia—Venezuela
Néstor López Carlos García	Universidad de los Andes—Venezuela

PONENTES Y COMENTADORES OFICIALES:

Eduardo Yépez Villalba
Domingos Da Silva Gandra
Julio de León
Leonardo Cornejo Sánchez
Ramón Villarreal
Juan César García

INVITADOS ESPECIALES:

Rodrigo Yépez M.
Vicente Jiménez
Miguel Márquez

Enrique Garcés Cabrera
Guillermo Jaramillo del Pozo

OBSERVADORES:

Alirio Gómez Galán	Universidad Industrial de Santander — Colombia
Juan M. Diego Cobelo	Universidad Central de las Villas — Cuba
Manuel Reyes	Universidad Estatal de Loja — Ecuador
Vicente Ruilova Ernesto Cañizares Rubén Astudillo Luz del Alba Moya	Universidad Estatal de Cuenca — Ecuador
Wagner Ponce Adolfo Alvear	Universidad Estatal de Guayaquil — Ecuador
Julio Palacios	Junta Nacional de Planificación — Ecuador
Dimitri Barreto V.	Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador
Alfredo Pérez Rueda Edgar Viteri Gustavo Cevallos Gonzalo Dávila Víctor Hugo Arellano Edmundo Sánchez Milton A. Jijón Diana Jácome Oliver Arellano Edgar Viteri Fernando Sempértegui Nelson Laspina Eduardo Ayala Georgina de Carrillo Enrique Aguilar Enrique Chiriboga Galo Fonseca Sor Francisca López Hernando Rosero Carlos Valencia	Universidad Central del Ecuador — Ecuador
Patricio Yépez	Ministerio de Salud — Ecuador

Alfonso Pérez Romo

Instituto Autónomo de Ciencias y
Tecnología — México

Germán Favila
Xavier Rodríguez

Asociación Nacional de Universi-
dades — México

Eduardo Sánchez Pineda

Universidad Autónoma del Estado
de México

Pedro Vega Centeno

Universidad Federico Villarreal —
Perú

(f)
Hernán Malo González

(f)
Efrén C. del Pozo

Miembro del Consejo Ejecutivo
de la UDUAL

Secretario General de la UDUAL

(f)
Pedro Rojas

(f)
Alfredo Pérez Rueda

Representante del Consejo Eje-
cutivo de la UDUAL

Representante de la Comisión Or-
ganizadora de la VIII Conferencia

EXCLUSIÓN DE LOS DELEGADOS DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL Y DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Leído por el Secretario General de la UDUAL el informe de la Comisión de Credenciales, el estudiante de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, Alberto López, impugnó la representación de la Universidad Austral de Chile registrada por el doctor Alberto Cristoffanini y de la Universidad Católica de Chile, por el doctor Víctor Maturana L. Adujo que esos delegados no representaban a las universidades sino a un gobierno dictatorial que intervino las universidades chilenas y designó a sus autoridades. Que los decanos de Medicina en funciones con anterioridad al golpe de estado que derrocó al Presidente Allende fueron precisamente los cómplices de un sector profesional en contra de un gobierno popular.

A consecuencia de esa inmediata intervención, se abrió un debate en ausencia de los delegados chilenos que no concurrieron a la Sesión Preliminar. Hicieron uso de la palabra numerosos delegados, la mayor parte en el sentido de condenar al gobierno fascista de Chile y algunos de los oradores pronunciándose contra todos los de facto de América Latina y sus universidades sin autonomía. La Mesa Directiva sostuvo en el debate solamente el principio de orden de que se aprobara el dictamen de la Comisión de Credenciales y se eligiera la Directiva de la Conferencia para, ya con ella y ante ella, tachar a las delegaciones indeseables.

En el curso de las deliberaciones se manifestaron en contra de la moción estudiantil ecuatoriana, y de quienes la secundaron, los doctores Luis Felipe Hartmann que encabezó la delegación de la Universidad Mayor de San Andrés; Néstor López y Carlos García, delegados de la Universidad de los Andes y Néstor Velasco Pérez de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Ellos manifestaron su decisión de abandonar la Conferencia en caso de que fuera aprobada la moción condenatoria.

Al agotarse las prolongadas deliberaciones que despertó el mencionado dictamen, se llevó el asunto a votación con el resultado de doce votos por la expulsión contra tres en contra.

Ante ese incidente, y las notas periodísticas aparecidas posteriormente, la Comisión de Credenciales acordó emitir una declaración pública que puntualizara la forma como procedió para emitir su dictamen.

El texto de la declaración es el siguiente:

Con referencia a diferentes publicaciones relacionadas con la Sesión Preparatoria de la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de Latinoamérica convocada por la UDUAL, que tuvo lugar el domingo 25 del actual, nos parece pertinente hacer algunas aclaraciones.

La convocatoria para la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina fue emitida por la Secretaría General de la UDUAL el día 2 de enero de 1973. Los acontecimientos que ocurrieron en la república hermana de Chile se desarrollaron el día 11 de septiembre del presente año. El Presidente y el Secretario General de la UDUAL, desde su sede en la ciudad de México, enviaron telegramas con fecha 13 de septiembre, a las universidades afiliadas, como sigue:

"UDUAL lamenta profundamente situación hermana República Chile (punto) Pedimos respeto autonomía universitaria y garantías derechos humanos (punto) Rogamos solidaridad universitaria facilitando traslado profesores y estudiantes véanse desplazados (punto) Saludos fraternales (punto) f) Tunnerman, Presidente, f) Del Pozo, Secretario General."

La designación de Rectores Delegados ocurrió el siguiente 1º de octubre. La UDUAL envió con fecha 3 del mismo mes un telegrama dirigido a la Junta de Gobierno de Chile en los siguientes términos: *"Unión de Universidades de América Latina, protesta enérgicamente por flagrante violación autonomía universidades chilenas al designar rectores fuera leyes protegen patrimonio cultural."*

Con motivo de este telegrama que además fue enviado pidiendo igual pronunciamiento a las diferentes universidades afiliadas a la UDUAL, el Dr. Omar Enrique Fuertes, Primer Vicerrector de la Universidad Austral de Chile, protestó por tal envío y manifestó que el sentir mayoritario de la comunidad de dicha Universidad consideraba que la información de los hechos ocurridos era inadecuada.

A tal comunicación contestamos manifestando que era evidente la violación de autonomía al designar, fuera de las leyes universitarias, a los "Rectores Delegados", y que de acuerdo con los Estatutos de la UDUAL y la "Carta de las Universidades Latinoamericanas" nos sentíamos obligados a enviar de manera inmediata el telegrama referido. Comunicamos al mismo tiempo, que se ponían los hechos ocurridos en conocimiento de la Comisión Defensora de la Autonomía Universitaria.

No obstante lo anterior y en virtud de que el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral y el Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, que presentaron credenciales a la VIII Conferencia, eran los mismos que estaban en funciones antes del golpe militar, la Comisión de Credenciales las aprobó. Esta Comisión de Credenciales estuvo formada por dos miembros del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, el Dr. Hernán Malo González y el Secretario General Dr. Efrén C. del Pozo y un representante del mismo Consejo, el licenciado Pedro Rojas, además de un representante de la Comisión Organizadora de la Conferencia, Dr. Alfredo Pérez Rueda.

Al discutirse el dictamen de la Comisión de Credenciales en la Sesión Preparatoria, fue impugnada la representación de las Facultades de Medicina de las mencionadas universidades chilenas. En la votación a que se sometió el indicado dictamen fueron excluidas por doce votos contra tres las referidas delegaciones.

Quito, Ecuador, 29 de noviembre de 1973

*Dr. Hernán Malo González, Miembro del Consejo Ejecutivo.
Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General.
Lic. Pedro Rojas, Representante del Consejo Ejecutivo.*

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE CREDENCIALES

En la ciudad de Quito, Ecuador, a los veinticinco días del mes de noviembre de mil novecientos setenta y tres, se reunieron los suscritos miembros de la Comisión dictaminadora de credenciales de la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de Latinoamérica. Después de examinar los diferentes documentos presentados como credenciales para justificar la representación de las diferentes Instituciones, rinden el siguiente segundo dictamen:

Quedan registrados a la Conferencia las siguientes personas:

DELEGADOS OFICIALES:

Alfonso Armijos Luna Manuel Reyes Rodríguez	Universidad Estatal de Loja — Ecuador
José A. Kury G. Abel Hernández Ch.	Universidad Estatal de Guayaquil — Ecuador
Juan Almendares Bonilla	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
José Laguna	Universidad Nacional Autónoma de México
Jorge de Vinatea	Universidad de Trujillo — Perú

OBSERVADORES:

Fernando Bevilacqua	Universidad del Estado de Guanabara — Brasil
Antero Amancio Filho	Asociación Brasileña de Escuelas de Medicina — Brasil
Remigio Guerra	A.E.F.O. — Ecuador
Ernesto Terán C.	Facultad de Odontología Univer- sidad Central del Ecuador

Estuardo Pazmiño
Luis Escobar
Edgar Viteri
Alfonso Castro
Luis Granja Mena
Gualberto Arias
Eduardo Estrella
Jorge Donoso Velasco
Luis A. Riofrío
Ernesto Mantilla
Vicente Arévalo
Edison Aguilar
Luis A. Guerrero
Luis A. Palacios
Luis Felipe Sánchez
León S. Escobar

Universidad Central del Ecuador

René Calle C.

Ministerio de Salud — Ecuador

Patricio Espinoza
Fabián Vásconez

Universidad Central del Ecuador

Carmen Villacís
Enrique Plaza

Universidad Estatal de Guayaquil
— Ecuador

Leonardo Paredes
Wilson Celleri C.

Universidad Vargas Torres, Esme-
raldas — Ecuador

Duncan Pedersen

OPS/OMS

Walter Julio Fortun

OPS/OMS

PONENTES Y COMENTADORES OFICIALES:

Julio Albán Holguín

Colombia

(f) *Hernán Malo G.*

(f) *Efrén C. del Pozo*

Miembro del Consejo Ejecutivo
de la UDUAL

Secretario General de la UDUAL

(f) *Pedro Rojas*

(f) *Alfredo Pérez Rueda*

Representante del Consejo Eje-
cutivo de la UDUAL

Representante de la Comisión Or-
ganizadora de la VIII Conferencia

INFORME DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA

Presentado por su Presidente,
DR. EDUARDO YÉPEZ VILLALBA

La Universidad Central del Ecuador tiene entre sus hombres ilustres de los últimos tiempos dos nombres: Alfredo Pérez Guerrero y Manuel Agustín Aguirre.

Estudiantes que fuimos de las últimas décadas, luego profesores, nos sentimos vinculados a su luminosa trayectoria.

Camino ancho y claro, camino sin vericuetos, sin esquinas, el que nos enseñaron a trajar los paladines de los principios universitarios.

Alfredo Pérez Guerrero, "nobilísimo varón, que todas las Universidades de América conocieron y admiraron"¹ es lección permanente, inmarcesible de dignidad, de entereza, de hombría de bien. "La Universidad, afirma, pretende formar hombres, antes que sabios y antes que técnicos." Identificado con la Universidad, es el indeclinable defensor de su autonomía.

En su último mensaje a la juventud aflora nuevamente ese pensamiento. "En la Universidad, nos dice, hay que enseñar, tiene que darse el conocimiento; pero tienen sobre todo que inculcarse los principios morales, forjadores de la personalidad del hombre. Se trata de formar la personalidad humana, de formar al estudiante, de que el estudiante sepa que en la vida no va a ser solamente un buen químico ni un buen abogado, y que antes que eso, lo que vale es que sea un hombre, que sea leal a la Patria y que sea leal al pueblo ecuatoriano."

"En América Española, señala en su mensaje, todo es un tumulto, es el primer día de la creación, en creándose las instituciones. Y es menester guías. Y los guías tienen que ser siempre, o por lo menos hasta que estos países se transformen radicalmente, las Universidades y sus maestros y estudiantes. Son ellos los que están creando una Patria nueva y una América Nueva."

"Por eso, no se concibe ninguna labor de creación sin libertad. Cuando el espíritu está sometido, cuando el espíritu tiene que seguir ciertos caminos y ciertos canales ya prehechos, ya preordenados, no cabe creación hay que seguir la misma rutina, lo que se hizo ayer, hay que hacer

¹ Rumazo González Alfonso. "Derroteros — Alfredo Pérez Guerrero. *Homenaje póstumo*", Editorial Universitaria, Quito, 1967.

hoy; y lo que se hizo hoy, hay que hacer mañana. Y esto no puede ocurrir en América, no puede ocurrir en nuestra Patria, no puede ocurrir en la Universidad."

Manuel A. Aguirre luchador infatigable, leal, rectilíneo, de alma de acero, indoblegable, caballero a carta cabal, en el aniversario de fundación de la Universidad Central, marzo 18 de 1970, desde la tribuna del rectorado nos habla:

"Manteniendo los principios de la Primera Reforma del 18, como la autonomía, el cogobierno, la libertad de cátedra, la extensión cultural, incorporándolos a las nuevas condiciones de la época, propugnamos una Reforma Universitaria, que haga de la Universidad algo nuevo, a tono con la actual problemática del mundo, de América Latina y el Ecuador. Proclamamos:

Una Universidad en función social, que superando el viejo credo liberal individualista, se ponga al servicio de la sociedad, devolviendo en acción fecunda y creadora, lo que recibe de la colectividad.

Que saltando los cuatro muros de su aislamiento, se ponga en contacto con la realidad del mundo, especialmente América Latina y el Ecuador, ya que en esta hora de la humanidad, todo lo que acontezca en cualquier parte de la Tierra nos compromete y nos afecta.

Que se preocupe de estudiar, conocer y comprender los graves y difíciles problemas que provienen del subdesarrollo, planteando sus verdaderas soluciones, enseñando y conduciendo a los pueblos por los caminos de un desarrollo autónomo, que los libere de la esclavitud económica, social, mental y cultural.

Una Universidad Nacional, empeñada en crear, mantener y difundir la cultura propia, que brota de las raíces de la historia ecuatoriana; que no reciba ni transplante mecánicamente las instituciones, ni transmita las teorías y los valores intelectuales y morales que nos vienen de fuera, como elementos de dominio y sojuzgamiento, sino que forje y exalte los propios valores de independencia, libertad y autonomía, forjados en la lucha por la liberación de nuestros pueblos.

Una Universidad crítica, que no acepte sectarismos dogmáticos que impiden el ejercicio de la razón; abierta a la discusión y el diálogo permanentes, sin el empleo de la fuerza y la violencia innecesarias e indignas en las lides del pensamiento y la cultura.

Que eduque para la verdad, la entereza, la integridad y sobre todo la dignidad, que debe ser el valor más alto en la vida de todo hombre universitario.

Una Universidad que luche por la unidad de América Latina. Desde Miranda, precursor de la independencia, que llamara compatriotas a todos los habitantes de la América Latina, sin olvidar a Artigas, San Martín, Monteagudo, Egaña, Martí y sobre todo Bolívar, lucharon por una América unida."

Y cuando suscribe el 17 de diciembre de 1970 una exposición del Consejo Universitario de la Universidad Central del Ecuador acerca de la ley de Educación Superior, habiendo sido clausurada la Universidad Ecuatoriana en junio de ese mismo año, resalta la posición de UDUAL, textualmente expone en ese memorable documento:

"No creemos necesario insistir en lo que es la autonomía y repre-

senta como esencia y condición vital de la Universidad. La Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), en su Carta Fundamental declara que "las universidades latinoamericanas deben lograr el reconocimiento de su autonomía y defenderla como medio de garantizar su función espiritual, su libertad científica, administrativa y financiera" (Art. 2). Y en sus Estatutos proclama como uno de sus fines "promover el reconocimiento y respeto de la autonomía universitaria, mediante la vigencia efectiva de las libertades de cátedra, de investigación y del régimen de autogobierno" (Art. 2) para lo cual crea la Comisión Permanente de Defensa de la Autonomía Universitaria (Art. 33).

Hemos querido trasladar el alma universitaria, hecha frases, de estos dos dirigentes universitarios porque pretendiendo identificarnos con sus ideas, aspiramos a que su alma vibre y palpite en la mente y corazón de las autoridades, profesores y estudiantes de la Universidad Latinoamericana.

Y es así como el pensamiento rector de estos dos preclaros dirigentes universitarios hace antecedente para esta reunión. Los que nos preciamos de mantener tan cara herencia ideológica debimos asirnos a la oferta que nos hiciera una situación circunstancial, para convertirnos en anfitriones de una cita fraterna en la que fluirá rica y espontánea la conversación entre autoridades, profesores y estudiantes de nuestras Escuelas de Medicina.

En el criterio de aceptación de la sede por parte del H. Consejo Directivo de la Facultad y de la ratificación por parte del H. Consejo Universitario no sólo pesaron antecedentes, decidió la definición del criterio de aceptación el ponderar posibilidades, contábamos con el asesoramiento, en el orden académico, de la Asociación Ecuatoriana de Facultades de Medicina a través de su Secretaría Ejecutiva, y con la colaboración abierta y franca de todas las Facultades de Medicina del Ecuador, y en el orden económico, con la mano extendida del Gobierno ecuatoriano y la largueza de nuestra Universidad Central y de las Universidades estatales. En diciembre de 1972, en la acogedora México, exuberante de riqueza y de tradición, concretamos con la Secretaría General de la UDUAL el programa de esta Conferencia: "El Médico que América Latina Necesita" como tema central.

Los tres subtemas:

- I. Realidad socio-económica y situación de salud de América Latina.
- II. Formación de los profesionales de la salud en función del desarrollo.
- III. Relación entre la demanda y la formación de profesionales de la salud.

Y el tema de la Mesa Redonda: "Características generales de la educación médica en América Latina."

En los días siguientes a este 25 de noviembre todos los distinguidos participantes aportarán a temas tan subyugantes sus criterios y valiosas opiniones para ayudarnos a satisfacer nuestro vehemente anhelo: que en esta Conferencia se produzca y el fruto del trabajo de todos se entregue para construir algo en beneficio de nuestras Escuelas de Medicina, que será en beneficio de profesores, estudiantes y de nuestros pueblos.

Ecuador se siente orgulloso de recibir a delegados y observadores de las Facultades y Escuelas de Medicina de nuestra América Latina, México, Centroamérica, Cuba y Sudamérica; los recibimos como a tales, haciendo abstracción de los regímenes que imperan en las repúblicas latinoamericanas.

El espíritu universitario es único, es inmortal, es invulnerable a circunstanciales vivencias de los diferentes países.

Cualesquiera sean los rótulos de los actuales y futuros gobiernos latinoamericanos, el perfil universitario será nítido y la Universidad de América Latina seguirá adelante incólume, enhiesta, vertical, indoblegable, cumpliendo con sus invariables principios de autonomía, cogobierno, libertad de cátedra, extensión cultural, con su enseñanza y su lema: "Si el pueblo no puede ir a la Universidad, la Universidad tiene que ir al pueblo."

Y antes de terminar, séame permitido, con emotiva cordialidad, dar salida a algo que tiene que manifestarse, que con afectiva explosión tiene que aflorar; pocas palabras para el querido y fraterno pueblo chileno en la voz de Monseñor Raúl Silva Enríquez, Cardenal primado de Chile y arzobispo de Santiago, quien el 14 de septiembre de este año se dirige al gobierno militar chileno y textualmente dice:

"Pedimos respeto por los caídos en la lucha, y en primer lugar, por el que el martes 11 de septiembre fue Presidente de la República.

"Nos duele inmensamente y nos oprime la sangre que ha enrojecido las calles de nuestras poblaciones y nuestras fábricas, sangre de civiles y sangre de soldados, y las lágrimas de tantas mujeres y niños."

Sólo me resta presentar a las Escuelas de Medicina afiliadas a la UDUAL y a las Escuelas no afiliadas que han respondido a nuestro llamado enviando delegados y observadores que harán de esta Conferencia tribuna universitaria del más alto nivel, nuestro muy expresivo y cálido agradecimiento.

DIRECTIVOS DE LA CONFERENCIA

PRESIDENTE HONORARIO

Dr. Enrique Garcés Cabrera,
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Central del Ecuador.

PRESIDENTE

Dr. Eduardo Yépez Villalba,
Coordinador de la Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Central del Ecuador.

SECRETARIO GENERAL

Dr. César Hermida,
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Central del Ecuador.

RELATOR GENERAL

Dr. Juan M. Diego Cobelo,
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Central de Las Villas, Cuba.

VICEPRESIDENTES:

PRIMERA SESIÓN PLENARIA

Dr. César Vargas,
Universidad de San Carlos de
Guatemala.

SEGUNDA SESIÓN PLENARIA

Dr. Juan Almendares,
Universidad Nacional Autónoma
de Honduras.

Dr. Abel Hernández,
Universidad de Guadalajara, Mé-
xico.

TERCERA SESIÓN PLENARIA

Dr. Rodolfo Young,
Universidad de Panamá.

Dr. Antonio Meza Cuadra,
Universidad Nacional Mayor de
San Marcos, Perú.

Dr. Heber Villalobos,
Universidad del Zulia, Venezuela.

COMISIÓN I

“Realidad socioeconómica y situación de salud de América Latina”

PRESIDENTE

Dr. Pablo Carlevaro,
Universidad de la República de Oriente, Uruguay.

RELATOR

Dr. Rubén Solís,
Universidad Estatal de Cuenca, Ecuador.

SECRETARIO

Sr. Alberto López,
Universidad Central del Ecuador.

COMISIÓN II

“Formación de profesionales de la salud en función del desarrollo”

PRESIDENTE

Dr. Heber Villalobos,
Universidad del Zulia, Venezuela.

RELATOR

Dr. Rodrigo Fierro,
Universidad Central del Ecuador.

SECRETARIO

Dr. Oliver Arellano,
Universidad Central del Ecuador.

COMISIÓN III

“Relación entre la demanda y la formación de profesionales de la salud”

PRESIDENTE

Dr. Abel Hernández,
Universidad de Guadalajara, México.

RELATOR

Dr. Eduardo Sánchez Pineda,
Universidad Autónoma del Estado de México.

SECRETARIO

Sr. José Terán,
Universidad Central del Ecuador.

CALENDARIO APROBADO PARA LA VIII CONFERENCIA

(Las actividades se llevaron al cabo en el Palacio Legislativo).

Domingo 25

9:00 a 12:00 hs. Inscripción de delegados.
15:00 a 17:00 hs. Inscripción de delegados.
17:00 hs. Sesión preparatoria.
18:00 hs. Ceremonia Inaugural.

Lunes 26

9:00 a 12:00 hs. Primera Sesión Plenaria.
Presentación del Tema I:
"Realidad socioeconómica y situación de salud en América Latina".

Discusión general.

16:00 a 19:00 hs. Segunda Sesión Plenaria.
Presentación del Tema II:
"Formación de los profesionales de la salud en función del desarrollo".

Discusión general.

Martes 27

9:00 a 12:00 hs. Tercera Sesión Plenaria.
Presentación del Tema III:
"Relación entre la demanda y la formación de profesionales de la salud".

Discusión general.

16:00 a 19:00 hs. Trabajo de Comisiones.

Miércoles 28

9:00 a 12:00 hs.
16:00 a 19:00 hs.

Trabajo de Comisiones.
Relatos de Comisiones.

Jueves 29

9:00 a 12:00 hs.

18:00 hs.

Mesa Redonda:
"Características generales de la educación
médica en América Latina".
Relato General. Conclusiones. Acuerdos. Ce-
remonia de Clausura.

CEREMONIA INAUGURAL

El domingo 25, a las 20.00 horas, tuvo lugar la Ceremonia Inaugural de la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina, en el recinto del Congreso Pleno del Palacio Legislativo.

Presidieron el acto los doctores Estuardo Pazmiño, rector de la Universidad Central del Ecuador, Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina, Hernán Malo González, Vocal Propietario del Consejo Ejecutivo de la UDUAL y rector de la Universidad Católica de Quito; por la Mesa Directiva de la Conferencia los doctores Enrique Garcés Cabrera, Presidente de Honor, Eduardo Yépez Villalba, Presidente, César Hermida Bustos, Secretario, y Guillermo Jaramillo del Pozo, Tesorero; el Relator General de la VII Conferencia, doctor Heber Villalobos; el Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, de la Organización Panamericana de la Salud, Ramón Villarreal, representando al Director de la OPS, Abraham Horwitz.

En representación de las autoridades ecuatorianas presidieron el acto los doctores Sixto Valdez, Subsecretario de Salud, en representación del Ministro de Salud Pública, Raúl Maldonado Mejía; y Raúl Vaca, quien llevó la voz del Alcalde de Quito, arquitecto Sixto Durán Ballén.

Los discursos pronunciados fueron, en orden de intervención, de los doctores Raúl Vaca, Enrique Garcés Cabrera, Abraham Horwitz por boca de Ramón Villarreal, Efrén C. del Pozo, Estuardo Pazmiño y Sixto Valdez.

DISCURSO DEL DOCTOR RAÚL VACA EN REPRESENTACIÓN DEL ALCALDE DE QUITO

El señor Alcalde de la Ciudad de San Francisco de Quito, por tener que cumplir funciones relacionadas con su alta dignidad, ha tenido que ausentarse el día de hoy a la ciudad de Guayaquil. Por esta razón ha delegado a uno de los concejales sin mayor merecimiento que el de ser el único médico que integra el Cabildo Capitalino, y que es además circunstancialmente profesor universitario de uno de los Departamentos de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. El señor alcalde me ha encargado transmitir de manera especial su profunda contrariedad por no poder estar presente en la inauguración de esta VIII Conferencia de UDUAL, ya que a su juicio será de la más alta calidad científica y cultural, por la categoría de los participantes y por el temario a dis-

cutirse, que sintetiza palpitantes problemas comunes de América Latina. Me ha encargado también, en ésta sesión inaugural, transmitirles el saludo personal y del Ilustre Municipio Capitalino, con los votos de que la breve permanencia en ésta histórica y santuarial ciudad de San Francisco de Quito, que siempre tiene en estas ocasiones un cielo azul para perfilar sus montañas, dé agradable e imperecederos recuerdos, contribuyendo además a ellos los colegas de ésta ciudad y este pueblo espontáneo y sencillo. Quito, la ciudad acogedora y leal, la ciudad del médico Eugenio de Santa Cruz y Espejo, la ciudad de todos los ecuatorianos, es desde este instante vuestra ciudad. El Ilustre Consejo Capitalino, consciente del esfuerzo y sacrificio de los organizadores de esta Conferencia al haber hecho efectiva la reunión de las Universidades de América Latina, tiene la seguridad de que han de cumplir a cabalidad la voluntad de vincular a las universidades de la región latinoamericana a través del conocimiento y colaboración mutuos, para hacer de ellas el instrumento más eficaz del desarrollo social, económico y cultural de nuestros pueblos, tal como lo consigna la Carta de las Universidades Latinoamericanas en sus Estatutos.

Dignísimos rectores, decanos y profesores de las universidades extranjeras; dignísimos rectores decanos profesores y estudiantes de las universidades ecuatorianas: como médico y profesor universitario conocedor de las desigualdades en la atención de salud que dejan marginados a grandes sectores de la población latinoamericana, conocedor de las inquietudes, desesperanzas y voluntad estudiantil, para convertirse en médicos que quieren servir a esta población, os pido continuar empleando vuestro talento y dedicación, vuestro convencimiento y ejemplo para seguir por el camino que nos conducirá a la conquista de la salud, que hoy es conquista libertaria cuyo primer grito, como el del 10 de agosto de 1809, aspiramos los ecuatorianos a escucharlo en esta VIII Conferencia. El camino a seguir es escabroso; los obstáculos son difíciles y complejos: habrá necesariamente que vencerlos. El de la ignorancia, con la educación; el del hambre y la miseria, con el derecho al trabajo; el del suburbio, con el derecho a la vivienda; porque sólo venciendo estos obstáculos podemos alcanzar el derecho a la salud, que en definitiva es el derecho a la vida, y sin cuya conquista no podemos hablar de libertad e independencia.

Muchas gracias

**DISCURSO DEL DOCTOR ENRIQUE GARCÉS CABRERA, DECANO
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
CENTRAL DEL ECUADOR**

Señores:

Habéis llegado, ilustres delegados de la VIII Conferencia de la UDUAL, a este basalto andino donde los cóndores de Pichincha vigilan, rubrican y otean la libertad. Aquel quiteño 10 de agosto de 1809, fue voz de América Latina y mandato supremo de los pueblos indoamericanos que hablan, permanentemente, desde la Asamblea de Bronce de nuestra universitaria Plaza Indoamérica donde se encuentran, deliberando por

nuestra grandeza: Tehuelche, de Argentina; Túpac Catari, de Bolivia; Camarao, de Brasil; Calarcá, de Colombia; Carabito, de Costa Rica; Hatuey, de Cuba; Caupolicán de Chile; Rumiñahui, del Ecuador; Ana Caona, de Haití; Lempira, de Honduras; Tecún Humán, de Guatemala; Atlacat, de El Salvador; Cuauhtémoc, de México; Nicarao, de Nicaragua; Urraca, de Panamá; Lambaré, de Paraguay; Túpac Amaru, del Perú; Enriquillo, de la República Dominicana; Abayubá, del Uruguay y Guayaicaipuro, de Venezuela. En nombre de ellos, auténticos héroes de nuestro destino en forja irreversible, os saludo con emocionada esperanza. Y os saludo, distinguidos galenos latinoamericanos con la voz de Eugenio Espejo, protomédico quiteño, higienista de la liberación total de nuestros pueblos.

El lema de México advierte admirable: "Por mi raza hablará el espíritu." Inmensa verdad: por nuestra raza latinoamericana, indoamericana con exactitud, ha comenzado a hablar el espíritu por medio de sus trescientos millones de habitantes. Y hablará, con reciedumbre, hasta lograr que el mundo entero se torne nuevo mundo, nuevo en justicia, libertad y projimismo. Hoy, ilustres personeros de la medicina latinoamericana, habéis llegado a esta mitad del mundo donde la línea ecuatorial une los dos hemisferios grandiosos, para estudiar, alta y severamente, lo que tenemos que hacer en defensa total del hombre latinoamericano que puebla nuestra inmensa área rural.

La verdad demográfica de Latinoamérica es —aunque de diferentes porcentos en cada uno de nuestros países— la siguiente: población rural mayoritaria y tendencia al crecimiento de las urbes capitales de nuestras repúblicas y también de otras ciudades importantes. Este fenómeno, según opinan los técnicos, puede tener una duración de diez años y es digno de tenerse en cuenta para preparar planes firmes hacia el futuro, singularmente en lo que a salud pública se refiere. En ningún caso, desde luego, la población rural disminuirá. El aumento demográfico de América Latina es y va a ser considerable. No debemos olvidar, jamás, que Latinoamérica crece con índices impresionantes, índices que por el momento son los más altos del mundo.

Afirmamos, y con dolor, que las zonas rurales de Latinoamérica, y aun de algunas otras regiones que bien pueden estar fuera de estas catalogaciones arbitrarias de la geografía política, se hallan abandonadas todavía, pese a los anhelos que se han desplegado durante la última centuria republicana. El fenómeno ha de proseguir, amenazadoramente, con la emigración del campo hacia la urbe, si no se realiza una obra esencial de defensa del habitante del agro y de las poblaciones rurales.

Nosotros creemos sinceramente que primero es vivir, y luego filosofar. La vida del hombre que habita en zonas no urbanas y también aun dentro de las ciudades, se halla impropetida en forma sistemática y grave. Hemos de insistir en que la salud no es lo contrario de la enfermedad porque defendemos, ardentemente, la tesis de que la salud, a más de un estado fisiológico óptimo, es, tiene que ser, necesariamente, un mínimun siquiera de felicidad producida por la cultura y la economía. Es por ello, que con fe, nos atrevemos a haceros los siguientes planteamientos, para que los estudie esta docta asamblea latinoamericana.

1. Que los presupuestos fiscales de todos los países latinoamericanos,

no discutan dos partidas esenciales: las destinadas a educación y a salud. Dichos presupuestos deben ser el resultado de la asignación per cápita de una suma suficiente, bien analizada, de acuerdo a los requerimientos anuales y los programas acelerados que tiendan a exterminar la ignorancia y las bajas condiciones sanitarias. El acuerdo debe provenir de un organismo internacional latinoamericano que exija el cumplimiento de estas obligaciones en favor de nuestros pueblos.

2. Las facultades de medicina de Latinoamérica están obligadas a responder qué se proponen, básicamente, al formar médicos y personal paramédico. Nosotros entendemos que tal respuesta debe ser muy firme y la planteamos así: formar médicos, bien orientados, para el pueblo.

3. Como la realidad actual tiende a crear una plétora de profesionales médicos en los grandes centros urbanos, descuidando, angustiosamente, los servicios rurales y de las pequeñas poblaciones, debemos meditar en la necesidad de una *Ley de conscripción médica*, si queréis, llamada de *socialización de la medicina*. Esta ley tiene que contemplar para su eficacia:

a) Formación del médico en cinco años con un *pensum* esencial que contemple tres fases: qué es la vida; cuáles son los factores que atacan a la vida para destruirlos; cómo reparar la salud.

b) Estos médicos tendrán que comenzar su ejercicio en lo rural, por lo menos durante dos o tres años. Para ello se necesitarán dos fundamentos: crear buenos servicios y pagar decentemente al médico, que ha de estar rodeado de comodidad suficiente para su familia, y disponer de todos los medios para atender al pueblo.

c) Después de haber cumplido este servicio rural, harán cursos de actualización. Y, luego, ascenderán en la escala de servicios, a las poblaciones mayores, en las que han de permanecer, siempre en condiciones adecuadas y disponiendo de medios suficientes, otros dos o tres años.

d) Después de este periodo, harán nuevos cursos de actualización, para llegar a las capitales de provincias o estados, donde habrán de permanecer también iguales periodos de tiempo.

e) Finalmente, ingresarán a los servicios nacionales, que tendrán rigurosos escalafones, nunca parciales, sino con profundo sentido de justicia, con definida ocupación dentro de un plan de función social profundamente meditado y bien resuelto.

4. Tanto en la docencia médica como en los servicios nacionales o seccionales ha de privar un criterio básico: el médico debe vivir de la salud y no de la enfermedad a la que tiene que combatir, pero dentro de un plan de salubridad integral.

5. Es ya inaplazable, si queremos cumplir nuestros deberes de latinoamericanos, la expedición de la *Farmacopea Latinoamericana*. Una de nuestras capitales debe ser la sede central, con equipos suficientes, para calificar a la droga que ha de utilizarse en Latinoamérica. Dos fines ha de perseguir esta calificación que ha de ser de suma estrictez: calidad y precio. No es posible que la medicina naufrague en un océano de fármacos y que la propaganda sea especie de cátedra de farmacología y terapéutica. El código de una farmacopea latinoamericana ha de resolver esos dos problemas esenciales: selección de rigor, de manera que sólo existan medicinas de la máxima eficacia; y medicinas cuyos precios sean los justos, suprimiendo toda propaganda, del género que fuese;

porque el médico ha de sujetarse a los orsenales profundamente bien estudiados y vigilados en Latinoamérica.

Disculpádmeme por estos enunciados. Brotan —a veces desesperados— de la realidad latinoamericana que tenemos que abatir, como si fueren molinos de viento. Nosotros estamos obligados a pensar en función latinoamericana, porque nuestro destino —repiteámoslo— es la forja de un nuevo mundo. Quizá más que la contaminación ambiental que hoy preocupa, debe angustiarnos la contaminación espiritual que puede llevarnos a la inercia y sometimiento a ajenos intereses. Por nuestra raza indoamericana ha de hablar el espíritu. Tenemos que estar preparados para el triunfo que no ha de ser solamente nuestro, sino de esta dolida e injusta humanidad. Vosotros, maestros auténticos, tenéis la palabra. Perdón, señores, que tome un motivo napoleónico para deciros: trescientos millones de nuestros hermanos, nos contemplan. ¿Qué les vamos a responder? Solamente una palabra, aquella que pronunciara Bolívar en el trágico escenario de Pativilca: "TRIUNFAR".

Quito, 25 de noviembre de 1973

MENSAJE DEL DR. ABRAHAN HORWITZ,
DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
LEÍDO POR EL DR. RAMÓN VILLARREAL

"El médico que América Latina necesita" es el tema —un verdadero lema— de esta VIII Conferencia de UDUAL, que cuenta con el alto patrocinio del gobierno de Ecuador, dignamente representado por usted, señor Ministro, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central y la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina. Su solo enunciado induce a reflexiones que trascienden los aspectos específicos de dicha cuestión, porque tienen que hacer con la situación actual y futura de las Américas. Revela, asimismo, que se tiene la intención de considerar en este examen todo un acervo histórico —que contiene éxitos y fracasos— y las experiencias que se han vivido y se están viviendo en el delicado proceso de moldear generaciones.

El preguntarse cuál es el médico —y por extensión cualquier profesional o técnico en ciencias de la salud— que una sociedad requiere, le da a su formación un marco de referencia que si bien es social, es, a la vez, variable y dinámico.

En nuestra interpretación, el médico no puede prepararse o perfeccionarse ajeno al medio humano que lo circunda y en el que va a ejercer su misión. No bastan el mejor conocimiento o la más admirable habilidad para asegurar que su aplicación debe producir los efectos esperados, porque cada ser humano es un mundo en sí mismo y las comunidades que constituye reflejan, en la mirada de las interrelaciones, la naturaleza, la conducta y las actitudes de sus componentes. Probablemente por haber exagerado en el pasado los aspectos tecnológicos de nuestra ciencia y arte, imitamos más de lo que innovamos, nos encastillamos en el seno de las Universidades e ignoramos la realidad ambiente, nos concentramos en la evolución científica y subestimamos el dinamismo social. Formamos posiblemente un buen médico, pero no siempre el que nues-

tros países requerían, sino tal vez, otros países con grados diversos de desarrollo.

Existe una inclinación natural y hasta comprensible de los seres humanos a creer que basta saber cómo se resuelve un problema o una situación para afirmar que está resuelta. El que un profesional aprenda e incorpore a su pensamiento y acción los conceptos y métodos más avanzados de las disciplinas a que se dedica no asegura el éxito de su aplicación, porque hay que adaptarlos a las características culturales del medio en el que ejerce y deben existir los recursos indispensables, el programa sistematizado y, por sobre todo, la decisión política.

En síntesis, no podemos hoy en las Américas analizar la función de las Universidades sino en estrecha relación con las tendencias del desarrollo económico y social. El desarrollo lo entendemos en su esencia y finalidad humanitarias, cuyo objetivo último es siempre el derecho y la oportunidad de todos a realizarse y a construir el bienestar personal y familiar a que aspiran. Lo define muy bien Edgar Faure al decir que "el desarrollo tiene por objeto el despliegue completo del hombre en toda su riqueza y en la complejidad de sus expresiones y de sus compromisos: individuo, miembro de una familia y de una colectividad, ciudadano y productor, inventor de técnicas y creador de sueños... La educación para formar a este hombre completo cuyo advenimiento se hace más necesario a medida que restricciones cada día más duras fragmentan y atomizan en forma creciente el individuo, sólo puede ser global y permanente. Ya no se trata de adquirir, aisladamente, conocimientos definitivos, sino de prepararse para elaborar, a todo lo largo de la vida, un saber en constante evolución y de 'aprender a ser'." ¹

Con razón perdura aquello de "la medicina, un estudio de toda la vida", el que, como toda educación, es "coextensiva a la vida no sólo ofrecida a todos, sino vivida por cada uno, y dirigida simultáneamente al desarrollo de la sociedad y la realización del hombre". ²

Por ello, el médico que necesita América Latina actual, es el que corresponde a este momento de su evolución histórica, cultural y económica. El que hoy se prepara ejercerá su cometido por lo menos hasta fines de este siglo y con esta visión hay que inducir su modo de pensar y facilitar la creación de sus propios juicios de valor. Porque la educación no sólo conduce a la inhibición de los instintos, la racionalización del pensamiento, a moldear el ser humano que es cada persona, sino a la capacidad de juzgar, decidir y actuar. Es el delicado proceso que da origen a una personalidad integral, madura y libre, pero con profunda comprensión sobre la naturaleza humana, sus derechos y responsabilidades, su esencia y su apariencia, y sobre el devenir social y sus vicisitudes. Así queremos que sea el médico que la América Latina necesita: con capacidad para comprender e interpretar la realidad en sus múltiples facetas, cualquiera la especialidad a que se dedique, sea que trabaje en su práctica privada o al servicio del Estado.

¹ Edgar Faure. Carta del Presidente al señor René Maheu, Director General de la UNESCO, 18 de mayo, 1972. En *Aprender a ser*, de Edgar Faure *et al*, Madrid, Alianza Editorial, S. A. y Francia, UNESCO, 1973, págs. 16 y 17.

² René Maheu. Respuesta del Director General de la UNESCO al señor Faure, 29 de mayo, 1972. En *Aprender a ser*, de Edgar Faure *et al*, Madrid, Alianza Editorial, S. A. y Francia, UNESCO, 1973, pág. 20.

Porque las sociedades están en cambio continuo, el desarrollo en permanente evolución —no siempre tan acelerado como quisiéramos— se comprende el que la educación médica moderna debe fundarse en el análisis de problemas de salud frecuentes y de los programas para resolverlos. Por ello, el curriculum no debería ser la expresión de estructuras rígidas y disociadas que impiden la construcción, por parte del estudiante, de esa síntesis que le permite atender los fenómenos, normales y patológicos, de cada persona y de las familias y comunidades.

Con este propósito, el proceso docente debe ser multidisciplinario, presentando simultáneamente, de manera organizada, todos los factores que concurren a la descripción de un problema, a la justificación de las medidas a tomar y a la aplicación de las mismas.

Esta es la doctrina que preside toda la gestión de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud en la formación de recursos humanos, la que ha sido recomendada por sus Cuerpos Directivos. Sabemos lo complejo de la empresa. Reconocemos que con las mejores intenciones, no siempre en la enseñanza se le da prioridad a la situación que afecta a las grandes mayorías de cada país. Es difícil, además, identificar pensamientos e ideas para coordinar experiencias. En la medida en que la Universidad contribuya a que se reconozca que lo fundamental para el desarrollo es el bien común, será posible reformar la educación en los términos señalados. Pero para hacerlo, es esencial e inevitable un diálogo constructivo y una colaboración organizada con las instituciones que tienen la responsabilidad de ejecutar la política de salud y los métodos de prevención y curación de las enfermedades, así como los de fomento del bienestar. Como se ha reiterado, las decisiones son de naturaleza política y no siempre toman en consideración el total del aporte científico para la comprensión de una cuestión determinada. Bien sabemos que la búsqueda de la verdad es el catalizador constante de toda la investigación en ciencias de la vida. Por ello, pensamos que es de responsabilidad moral de los científicos el poner a disposición del gobierno los antecedentes, la información analizada, la experiencia conocida tanto del país como de otros, así como las diversas alternativas para resolver cada problema. Le corresponde al gobierno, entre estas últimas, seleccionar la que estime más conveniente y tomar las disposiciones legales, financieras y administrativas para que se lleve a la práctica. Es más, la Universidad debe estar atenta a la evolución de las ideas, de los fenómenos y de las tendencias de cada sociedad, por lo menos en la serie de sus componentes de mayor entidad, para prever o pronosticar circunstancias o situaciones que pudieran evitarse o limitarse en sus efectos deletéreos.

Con estas bases, la formación del médico y de otros profesionales de disciplinas afines puede ser la expresión de una armonía entre la enseñanza académica, experimental, clínica y comunitaria, entregándole a los estudiantes un concepto racional sobre la dinámica de la salud y de la enfermedad en cada medio. Comprenderán así que ambos fenómenos revelan el proceso continuo de adaptación de cada ser humano al ambiente variable, tanto interno como externo. Por esta razón, los conocimientos sólo tienen permanencia relativa y el éxito del futuro médico será tanto mayor cuanto más aprenda a dudar y a rectificarlos con base a su propia experiencia. Se explica que el énfasis en la educación debe estar en prin-

cipios más que en técnicas, en conceptos más que en postulados. De esta manera se facilitará por parte del estudiante la comprensión de ese continuo cambio a que hemos hecho referencia, que es característico de todos los seres vivos. Tanto más constructivo será el proceso docente cuanto mayor el intercambio de opiniones entre quienes educan y quienes se educan.

Las Américas se dieron en el decenio pasado, y lo ratificaron para el actual, un compromiso solidario reflejado en metas para problemas que por mantener tasas altas de morbilidad y mortalidad afectan gravemente la economía, el desarrollo, el bienestar individual y el progreso. El Plan Decenal de Salud para 1971-1980,³ enriquecido por la experiencia y la capitalización de los errores de la década anterior, testimonia la decisión de los gobiernos para actuar de consuno movilizándolo desde la participación comunitaria a la universitaria en una sistematización de esfuerzos que estimula el alcanzar objetivos específicos. El plan le asigna prioridad a la organización de servicios de salud para quienes no tienen hoy acceso a ellos, si bien se les reconoce el mismo derecho. Representan no menos del 37 % de la población de la América Latina y la Región del Caribe y el 20 % de la del Continente. En números absolutos, son 100 millones de habitantes, cifra que puede llegar a 140 millones en 1980, si las condiciones actuales no varían y el incremento de la población continúa al mismo ritmo.

Diseñaron los señores ministros de Salud una estrategia rural, cuyo componente fundamental son los recursos humanos, constituidos por los miembros de las comunidades motivados para la obra común; los empíricos incorporados a la medicina científica por capacitación en técnicas sencillas; los auxiliares de salud —el eje de la labor de prevención y curación— formados dentro del sistema de salud del país, y los graduados en ciencias de la salud por medio del internado rural. Se trata de un enfoque adaptado a nuestra trágica realidad, que no imita lo que ocurre en otras sociedades, que respeta nuestro pasado, los rasgos dominantes de nuestro estilo de vida, nuestra emocionalidad, que se refleja en esos sentimientos de confraternidad y afecto que nos caracterizan. Es más, considera objetivamente lo inevitable de destinar los recursos de preparación más compleja a las acciones de mayor jerarquía. Porque no podrá resolverse esta delicada cuestión rural con profesionales universitarios al ritmo actual de su producción. Si pudiéramos contar con ellos, cabría preguntarse si para la calidad de los problemas de alta incidencia se justifica la inversión que su preparación involucra.

Así concebimos la formación del médico que la América Latina necesita en el curso de este siglo, a tono con la realidad socioeconómica y la situación de salud. Por ello destacamos la importancia de esta Conferencia, cuyos temas revelan su trascendencia para este Continente y otros del mundo en desarrollo, cuyos ponencias muestran lo racional de los planteamientos y cuyas conclusiones serán sin duda de valor para gobiernos, universidades, organismos internacionales y estudiosos de todo aquello que afecta el destino de sociedades entrelazadas por la tradición e interdependientes en sus propósitos. Por todo ello, nos asociamos a

³ Plan Decenal de Salud para las Américas, Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, celebrada en Santiago de Chile, del 2 al 9 de octubre de 1972. Documento oficial de la OPS N° 118, enero de 1972.

este evento singular que prestigia a la Unión de Universidades de América Latina y le agradecemos al Gobierno de Ecuador su habitual cordialidad al crear el clima para deliberaciones en que lo ideal debe armonizarse con lo posible, la ciencia con la política y los resultados de la investigación con la estructura económica de nuestras sociedades.

DISCURSO DEL DOCTOR EFRÉN C. DEL POZO, SECRETARIO GENERAL DE LA UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

Damos las gracias al Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, Dr. Enrique Garcés, por sus valiosos auspicios; al Dr. Eduardo Yépez, Presidente de la Comisión Organizadora, por su sostenido entusiasmo que ha hecho posible nuestra Conferencia; a los doctores César Hermida y Guillermo Jaramillo del Pozo, Secretario General y Tesorero, respectivamente, por su activa colaboración; y a todas las personas que en alguna forma, han contribuido al éxito de esta asamblea.

Son ya ocho Conferencias de Escuelas de Medicina a las que ha convocado la Unión de Universidades de América Latina. Sus sedes han sido México, Uruguay, Chile, Brasil, Perú, Guatemala, Venezuela y Ecuador.

En todas ellas se han enfocado los problemas sanitarios, de docencia y de ejercicio profesional con referencia específica a la América Latina. Es obvio que si bien las enfermedades y por lo tanto su tratamiento, son iguales en cualquier país, sólo una actitud demagógica podría negar que en los países en subdesarrollo económico, como son los de América Latina, existen problemas de salud, de enseñanza, y sobre todo, de ejercicio de la medicina, que son inherentes a su condición de pobreza. Enfermedades prevalentes, carencias alimentarias y culturales, explosión demográfica, sobrecupos en la enseñanza insuficiente de profesionistas; todo significa que la América Latina requiere un tipo particular de médico. Es inconcuso que además de alta capacidad técnica, debe lograrse que el estudiante tenga un amplio sentido de responsabilidad social.

El tema general de la presente Conferencia: "El médico que América Latina necesita", enfoca tal requerimiento. Se han buscado las luces de distinguidos profesionales que tratarán de los diversos aspectos que amerita el problema. Muchas perspectivas merecen ser analizadas dentro del concepto sumario de responsabilidad social, pero ante todo debe situarse en primer término, la capacitación técnica, pues ninguna preparación sociológica, ni dosis alguna de bondad, puede suplir al imperioso deber del médico de llegar a un diagnóstico correcto. Por lo tanto, es el primer deber buscar las formas, dentro de nuestros limitados recursos, de mejorar la labor docente.

El Instituto Italo-Latinoamericano con sede en Roma, ha publicado recientemente un impresionante volumen de 600 páginas, en el que aparecen los trabajos presentados en una reunión que llevó un nombre largo y extraño: "Seminario Internacional sobre las enfermedades parasitarias de importancia social en América Latina." Sabemos que el título del simposio fue largamente discutido, pues si bien pudo haberse em-

pleado el término común de "enfermedades tropicales", hay justificadas razones para llamarlas más apropiadamente, "enfermedades del subdesarrollo". Los diversos temas del Seminario fueron los siguientes: tripanosomiasis, leishmaniasis, malasia, esquistosomiasis, amibiasis, leptospirosis, anquilomiasis y otras parasitosis intestinales y urogenitales. En ninguno de estos padecimientos se podría eludir tal origen fundamental.

La evidencia de nuestra comunidad de problemas reclama soluciones comunes, justifica el interés de la Unión de Universidades de América Latina por convocar a estas Conferencias, en que se enfoca la atención de nuestras Escuelas de Medicina para lograr una docencia que responda a las demandas de la sociedad contemporánea.

Salud para todos es por hoy el dictado social, y se expresa como un derecho inalienable. Los sistemas de seguridad y la medicina institucional revisten diversas formas transicionales, y sólo las limitaciones económicas frenan lo que ya es generalmente admitido.

La formación de médicos debe aumentarse, pero no confundirse con aceleración de estudios, o incremento desorbitado de la matrícula. Es imperioso buscar métodos más eficientes de enseñanza, y utilizar todos los recursos que la tecnología moderna pone a nuestro alcance.

Nuevos caminos se abren en las Universidades, y muchas ciencias nos ofrecen sus auxilios; la sociología, la antropología, la psicología, la economía, la ingeniería, la estadística, la electrónica, la energía nuclear y otras ramas de la física, son rutas abiertas a inesperados progresos. En las confluencias interdisciplinarias se encuentran grandes fuentes de inspiración, y en donde se cultivan las ciencias y humanidades, el hombre encuentra su pleno desarrollo.

La dependencia cultural y económica de la América Latina demanda soluciones que tiendan a superar su atraso. Enseñar a pensar en las Universidades es la regla de oro que permitirá el desarrollo de la originalidad, y representa la ruta que puede conducir a la superación de nuestras limitaciones.

En este camino es mucho lo que el médico puede enseñar: rigor de exploración, disciplina sistemática, interrogatorio sagaz, no prejuiciado, análisis dinámico de los problemas, y el uso esmerado de las dotes de observación y de práctica inductiva. Todas las capacidades del médico se ponen en juego en la buena práctica profesional, y nada en la vida del hombre le es ajena.

La enseñanza de la medicina podría ser ejemplo del desarrollo integral que anhelamos en las Universidades para la formación de los jóvenes. Universidades en pos de salud para el cuerpo y el espíritu; salud mental para este mundo enfermo de ignominias y dolores. Universidades en la finalidad perenne de la búsqueda de la verdad y la justicia.

DISCURSO DEL DOCTOR ESTUARDO PAZMIÑO, RECTOR DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

A lo largo de 24 años de fructífera existencia la Unión de Universidades de América Latina se ha visto robustecida cada vez más gracias a la inteligente y entusiasta conducción de sus directivos, con la favorable

respuesta del centenar de universidades afiliadas que han encontrado en ella el instrumento más adecuado de desarrollo docente, el estímulo necesario para el incremento de la investigación y difusión científica y cultural, funciones básicas que constituyen la razón de ser de la Universidad. Cada reunión general de la UDUAL ha significado, a no dudar, una clara demostración de que los fundamentales principios establecidos en la Carta de las Universidades Latinoamericanas no son letra muerta, y que, por el contrario, corresponden a las más caras aspiraciones de todas y cada una de nuestras instituciones. Sus objetivos esenciales, como la defensa de la autonomía, para garantizar su función espiritual, su libertad científica y administrativa, la orientación educativa, el desarrollo pleno de la personalidad humana, el afianzamiento de los principios de independencia política y liberación económica de las naciones latinoamericanas, el fortalecimiento de la libertad, la democracia y la justicia social, la integración económica de los pueblos de América Latina, entre otros, han sido cumplidos y definidos valientemente, aún en momentos difíciles en nuestra accidentada vida política, en escala continental.

Hoy ha correspondido a la Universidad Central del Ecuador la sede auspiciada de la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, y en ella serán analizados temas de indiscutible trascendencia para clarificar la imagen del médico que nuestros pueblos necesitan, para implantar un mejor nivel sanitario en base de su superación social, económica y cultural. Para cumplir con este objetivo, han acudido a esta cita distinguidos educadores, en representación de prestigiosas universidades del Continente, equipados con una enorme bagaje de conocimientos y experiencias sobre la situación educativa de las facultades y escuelas de medicina, y el profundo conocimiento de las condiciones reales que tienen nuestros países. El resultado de sus deliberaciones no puede ser otro que la armoniosa coordinación de esfuerzos y recursos para la obtención de una mayor y mejor formación profesional, al asegurar una constante actualización científica y tecnológica de sus graduados, y el más eficiente rendimiento de servicios a la comunidad; en suma, la completa y adecuada preparación de un recurso humano de tanta importancia para contribuir al bienestar físico mental y social del individuo, no como privilegio de unos pocos, sino como un derecho de los pueblos y de toda la Humanidad.

La realidad social económica y sanitaria de la comunidad de Latinoamérica es ya conocida: el porcentaje de analfabetismo, desocupación, altos índices de mortalidad, precario estado nutricional de amplios sectores de la población, falta de vivienda higiénica, aislamiento de grandes grupos humanos del sector rural, carencia de servicios asistenciales, de médicos, odontólogos, enfermeras y obstetras, insuficiencia de profesionistas y locales escolares, son factores que conforman el cuadro deprimente del subdesarrollo al que sólo puede combatirse con educación, salud, alimentación y trabajo, mediante un esfuerzo coordinado de los poderes del Estado, de las universidades, las asociaciones de profesionales y todas las fuerzas vivas de la nación.

Las constantes presiones de orden económico, social, político y cultural han sido las poderosas palancas del cambio que se opera a lo largo y ancho del mundo, y la Universidad, conciencia crítica del pro-

ceso histórico de su pueblo, debe ser la promotora y defensora del mismo, de su salud, de sus instituciones, de sus tradiciones y de su cultura auténticamente nacional. Dentro de la realidad latinoamericana el médico al igual que los demás profesionales de la salud, debe estar científica, técnica y éticamente preparado para resolver los problemas específicos de la sociedad a la que pertenece, y más que ésto le corresponde ser el líder de su comunidad, su maestro, consejero y guía.

En el momento actual ninguna persona de nivel universitario puede desconocer el ambiente social de su país, el área continental en la que se ubica, el mundo en el que le ha tocado vivir; su formación humanista debe ser por consiguiente amplia y consciente, para ser el motor de una sociedad que necesita transformarse aceleradamente; de una sociedad impaciente: Latinoamérica, que en su mayoría ha soportado por centurias la negación de sus atributos de dignidad humana. Se ha afirmado con razón que la integración entre naciones será realizada por dos caminos: por la obra educativa, y por la evolución de las estructuras económicas, sociales y políticas, que incorporen al ciudadano a la vida activa de la nación. Los temas oficiales de esta Conferencia permitirán analizar profundamente estos y otros aspectos que no pueden escapar al ilustrado criterio de distinguidos participantes del certamen, y sus conclusiones y recomendaciones serán de un valor inestimable para el futuro de la educación superior y particularmente de la educación médica en América Latina; para su integración y para estrechar los lazos que nos unen entre los países hermanos del continente.

Para terminar, debo felicitar efusivamente a la Facultad de Medicina de esta Universidad, y en especial a la Comisión Organizadora de éste certamen. La calidad espiritual e intelectual de los señores delegados es garantía suficiente para que los elevados propósitos de esta Conferencia tengan feliz realización. El intercambio de ideas, conocimientos expuestos en nuestro lenguaje común, sencillo, franco, universitario, servirán para ennoblecer la misión médica y aumentar el prestigio de nuestras instituciones de educación superior y el bienestar de la sociedad a la que nos debemos.

Muchas gracias

DISCURSO DEL DOCTOR SIXTO VALDEZ, SUBSECRETARIO DE SALUD, EN REPRESENTACIÓN DEL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Bienvenidos a Quito, distinguidos Delegados. Este país, situado en la mitad del mundo, os da la enhorabuena por vuestra presencia en esta cita continental, en la que, al llamado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador habéis concurrido trayendo el bagaje de vuestras experiencias e inquietudes, para, en diálogo cordial, fijar nuevos rumbos para la Unión de Universidades de América Latina.

Quien os habla se siente complacido en recibirlos y transmitirlos el saludo cordial del Gobierno Ecuatoriano y en especial del señor Ministro de Salud Pública a quien tengo el honor de representar. Solamente

compromisos ineludibles de Estado le han privado del honor de estar presente en este singular acto.

Los que hemos tenido el privilegio y la honra de formar parte de nuestra querida Facultad, ya como alumnos, ya como profesores, vemos con sumo orgullo la realización de este evento, y comprendemos que el afán de mejorar nuestras instituciones está latente en quienes se encuentran hoy en esta importante reunión.

Nuestro pasado y la pléyade de hombres, médicos que concientizaron el servicio social, entre ellos los insignes maestros Eugenio de Santa Cruz y Espejo, Hipólito Unanue y muchos más, que hicieron de su vida una entrega total en beneficio de los demás, nos invitan a meditar en nuestra profunda responsabilidad con el futuro de la patria latinoamericana y, por ello, los resultados de este evento tienen que ser el fiel reflejo de nuestra ansiedad de continuar con la obra, profundamente humana, que iniciaron los prohombres de nuestra gloriosa historia.

Reconocemos la importancia del temario propuesto para esta reunión. En definitiva son problemas comunes que América Latina, como unidad socioeconómica y racial, los vive en toda su geografía. De ahí, que se requiere el esfuerzo mancomunado, el diálogo sano y sincero que nos servirá para fijar metas aplicables a cada uno de nuestros países, de acuerdo a su propia conciencia y realidad.

Cabe preguntarse. ¿Qué ha hecho el gobierno ecuatoriano para resolverlos? El Ministerio de Salud Pública se ha preocupado fundamentalmente de afrontar tales problemas. Encontramos un programa nacional de medicina rural naciente y ha sido nuestro deseo perfeccionarlo.

En el afán de dar beneficios al estudiante de medicina, suscribimos con la Oficina Sanitaria Panamericana un convenio mediante el cual, gracias a una considerable ayuda gubernamental y también de la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina y de la OPS, se ofrece a los estudiantes textos de estudio, equipos e instrumental. Este programa lo iniciamos con la mayor de las complacencias, pues el Ministro de Salud Pública comprende la importancia de que a los estudiantes se les haga posible alcanzar, con la mayor ventaja, los elementos fundamentales y necesarios para su profesión.

Igualmente, hemos creado en varias especialidades para los egresados de medicina, programas que seguiremos ampliando con la única finalidad de que el médico ecuatoriano se perfeccione en las especialidades que el mundo moderno requiere.

El desarrollo del país requiere del esfuerzo mancomunado de todos los ecuatorianos, ya como ciudadanos ya como parte integral de sus instituciones.

Nuestros proyectos de aumentar la cobertura de servicios, de mejorar la calidad de la atención médica, mediante una tecnología moderna, necesitan de la colaboración de las facultades de medicina, de modo que formen un profesional dispuesto y capaz de impulsar nuestros esfuerzos, en la misma medida e intención que sus anhelos patrióticos se manifiestan diariamente en el aula universitaria, cuando se dispone a analizar los problemas de la nación.

El Gobierno Nacional tiene fe en que esta Reunión Continental adoptará importantes resoluciones que permitirán a los gobiernos de América establecer mejores elementos de juicio para la ejecución de sus

acciones, con la participación directa de sus universidades. En el caso nuestro, nos ha sido grato, en la medida de nuestras posibilidades, contribuir a una reunión de esta naturaleza.

Felicito cordialmente a los organizadores de este importante evento que lo han preparado con decisión y esmero, preocupados únicamente por el progreso de nuestros pueblos.

Recibid nuevamente, señores Delegados, el afectuoso saludo del señor Ministro de Salud Pública y de quien os habla. Tened la seguridad de que estamos confiados, ciertamente, en la profundidad y sinceridad de vuestras resoluciones.

Los pueblos de América están a la expectativa de lo que resolváis para acrecentar vuestra colaboración al bienestar de todos quienes conformamos la Nación Latinoamericana.

PRIMERA SESIÓN PLENARIA

Lunes 26 de noviembre, 1973

9:00 a 12:00 hs. — Salón del Congreso Pleno

PONENCIA OFICIAL — TEMA I

EL MÉDICO QUE AMÉRICA LATINA NECESITA

Por EDUARDO YÉPEZ VILLALBA *

Las fuerzas sociales y económicas influyen los patrones y cursos de las enfermedades. En un mundo racional, la educación médica debería preparar profesionales para que traten las prioridades entre los problemas de salud que confrontan. Para decidir estas prioridades, la educación médica debe ser sensible a las circunstancias contrastantes, ya que las fuerzas sociales crean contrastes dramáticos en la distribución de problemas sanitarios en diferentes lugares y en diferentes épocas.

Las fuerzas sociales y económicas han determinado las formas que toma la educación. Entre estos determinantes se han destacado los intereses de la profesión médica, como la profesión de salud dominante. Y es aún más importante el que estas fuerzas mantienen las formas e instituciones de la educación médica; formas que no nacen de la distribución de los problemas sanitarios existentes. De este modo, diferentes grupos de fuerzas dan forma a las necesidades sanitarias y a la educación médica.

La educación médica tiene un papel muy importante en la regulación del sistema de atención médica. Primero, a través de la enseñanza el médico aprende un número de conocimientos, o los medios cómo adquirirlos. Estos conocimientos determinan los tipos de funciones que él puede realizar o aceptar fácilmente. Por lo tanto, las funciones para las cuales la enseñanza médica prepara a los médicos ponen limitaciones sobre la estructura de las funciones alrededor de las cuales se puede preparar un sistema de servicio de salud. Segundo, la educación médica transmite los valores de la profesión. Estos valores influyen grandemente la manera como los médicos perciben las recompensas y el prestigio de la carrera médica. A su vez, el atractivo de la carrera influye el desarrollo de los varios sectores del sistema de atención médica. De esta forma, los valores profesionales restringen las estructuras de las posiciones alrededor de las cuales se puede preparar un sistema de servicio de salud.

Hay pocos lugares en el mundo donde la educación está respondien-

* Coordinador General de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

do a estas dos tareas de una manera que pueda esperarse llene las necesidades sanitarias de la sociedad. Al contrario, en muchos países las formas y contenido de la educación médica contribuyen a una separación aguda entre la educación de los profesionales de la salud y las necesidades sanitarias de la sociedad al cultivar el ideal de la práctica virtuosa de la medicina individual. Solamente un ideal que se concentre en las necesidades sanitarias de las comunidades puede vencer la separación entre la educación médica y las necesidades sanitarias.

Los servicios que no tienden a influenciar la salud de las poblaciones o sectores, sino simplemente la de aquellos individuos y usuarios selectivos que vienen a llamar a sus puertas, usan un marco de referencia que no puede influenciar perceptiblemente la salud de las poblaciones.

Ellos dirigen sus fuerzas hacia objetivos inapropiados. Como es dentro de los centros médicos urbanos principales donde el proceso educacional tiene lugar, la educación también está necesariamente mal dirigida. Especialmente en los países subdesarrollados, las instituciones médicas existentes, y la educación inefectiva a menudo se combinan para dispensar servicios de salud cuidadosamente planeados, inefectivos, si no totalmente sin valor.

En muchos países en desarrollo, en los que la responsabilidad por la atención médica recae sobre la profesión misma, esta última impide una planeación sanitaria y una educación médica racional. Sólo donde una profesión médica exista escasamente o ejercite poca influencia, ha sido posible, en tiempos recientes, diseñar un currículum médico que responda a las necesidades de salud de la sociedad.

Estos son problemas fundamentales que no son probablemente dóciles a ninguna solución excepto las radicales. Para satisfacer las necesidades sanitarias de la sociedad se requiere un sistema racional de servicios de salud. Para hacer un sistema efectivo se requiere un sistema educacional efectivo. En la mayor parte de los países este sistema educacional efectivo depende de una revisión de los objetivos de la profesión médica. La profesión médica opera como una entidad política, y no se le puede hacer responsable del contexto social, económico y político en el cual funciona. ¿Puede la profesión médica mantener y realzar la tradición hipocrática de altruismo que muchos de sus miembros individuales profesan y se empeñan en seguir? Para lograr ésto, la profesión en general tiene que encontrar la manera de elevarse sobre sus intereses inmediatos a corto plazo para poder responder a las necesidades de salud de la sociedad [1].

En el terreno de la educación médica, se nos está llamando para revisar nuestros objetivos y para examinar si lo que estamos haciendo y enseñando contribuye efectivamente a cumplir dichos objetivos. La cuestión es más bien determinar si el curso y dirección que siempre hemos dicho que mantenemos es el que verdaderamente seguimos, y no se trata de fijar nueva dirección.

La tradición hipocrática ha preservado una actitud hacia el servicio médico en la que las necesidades del individuo son la guía suprema del médico.

Lo que ha ocurrido en la última década es una campaña para restaurar el interés en las consideraciones humanas. Los estudiantes en el mundo entero ponen en duda la justicia, el significado y propósito del

proceso educacional. Los pobres y desventurados, cuando están enfermos dentro de tanta abundancia, dudan de la legitimidad, la justicia y los objetivos honorables de sus propios gobiernos.

La necesidad de abordar los problemas sociales como prioridad social ha influenciado aun la educación médica. La gravedad de la situación ha creado una mayor conciencia de lo que debe incluirse como parte de la función del médico. ¿Cuáles son los elementos de las necesidades en el proceso educacional? ¿Cómo serán simbolizados dentro de la educación médica? En otras palabras, ¿Cuál será la diferencia en el currículum, en la metodología y material docente, en los objetivos del programa docente?

Acentuando de nuevo la necesidad de la práctica y la educación médicas de enfocar al paciente individual y a la comunidad de pacientes, como el objetivo de los servicios sanitarios y de la educación médica, saldrán a relucir nuevos métodos para revisar el sistema de servicios de salud, su organización y financiamiento, y la educación y entrenamiento de aquellos que los ofrecerán [2].

"La formación del médico" que traduce "la formación del estudiante de medicina", es decir, del individuo que arrancando de la clase media y de determinada realidad socioeconómica, decidió ser médico porque el profesional médico aún mantiene su "aureola" y porque el llegar a ser médico le servirá de trampolín para dar el salto en la escala social y le abrirá las puertas de un estado económico mejor, debe dar prioridad a atención al papel que el propio estudiante ha de cumplir en su formación.

En una encuesta realizada entre profesores y estudiantes de las facultades de medicina estatales del Ecuador, se obtienen estos resultados:

¿El médico ecuatoriano debe estar capacitado para formar parte de un equipo de salud?

SI	NO
97 %	3 %

¿Las facultades de medicina deben formar médicos para el ejercicio profesional privado?

SI	NO
24 %	76 %

Estos resultados estarían en contradicción con lo expresado, pero la contradicción es aparente; el análisis de la encuesta nos reafirma en la idea de la dependencia del estudiante de la realidad socioeconómica. En los últimos años de la carrera opina en favor del ejercicio profesional privado. Su criterio, influenciado por factores extrínsecos, de que el médico ecuatoriano debe estar capacitado para formar parte de un equipo de salud, criterio que mantuvo en los primeros años de la carrera no tuvo validez ante ideas que las llevaba muy adentro, como de su pertenencia.

Las prestaciones de salud estuvieron, hasta hace poco, circunscritas a la atención médica, relación médico-individuo enfermo. Para comba-

tir este error tradicional se plantea la relación equipo de salud-comunidad.

Se promueve la estructura de los Departamentos de Medicina Preventiva, que deben ser la columna vertebral del curriculum.

Como paso adelantado se habla de enseñanza extramural, de servicio a la comunidad en centros de salud.

Como complemento se emprende la tarea de determinar los objetivos para la formación del médico en conocimientos, destrezas y actitudes.

Se han determinado funciones a cumplirse por el médico en los diversos niveles de atención.

¿Y cómo cumplir los objetivos en relación con la actitud?

En el sistema existente de educación médica, el estudiante es objeto de la enseñanza. El estudiante, objeto pasivo que debe cumplir con funciones predeterminadas.

El estudiante que fue sujeto de su decisión de seguir la carrera de medicina, que es sujeto dependiente de la realidad socioeconómica de su medio, es "objeto de la enseñanza" [3].

Al estudiante —objeto— pasivo hay que entregarle su papel de estudiante —sujeto— activo.

Si a lo largo de la carrera tiene responsabilidades que cumplir, si es agente de la prestación de servicios, y es factor en los cambios que se persiguen para mejorar la realidad socioeconómica, si se compenetra de que al prestar servicios de salud, de algún modo está también produciendo, ya que está posibilitando que la fuerza laboral conserve o aumente su potencialidad, se sentirá participante y no espectador, y es más que posible que nazca en él una actitud.

"Las condiciones sociales y económicas de nuestros países hacen necesario el diseño de modelos diferentes para la protección de la salud, lo cual implica el buscar patrones diferentes en la enseñanza. Es necesario ampliar este concepto, puesto que nos lleva a entender el papel de la escuela médica y de la Universidad dentro de un contexto diferente a lo que en nuestros países ha sido tradicional" [4].

De lo anterior surge el interrogante ya planteado en la IV Conferencia Mundial de Educación Médica, en Copenhague, septiembre de 1972, "Formación de los médicos del mañana"; en Ecuador, al tratar de definir los "objetos nacionales para la formación de médicos", junio de 1972, y en esta VIII Conferencia de Escuelas de Medicina de Latinoamérica, "El médico que América Latina necesita".

En esta reunión, con la colaboración de delegaciones tan representativas de las Escuelas de Medicina, trataremos de responder al interrogante planteado.

Ecuador recibió el encargo de desarrollar el I Subtema:

"Realidad socioeconómica y situación de salud de América Latina". Sistema social, desarrollo económico y situación de salud se vinculan y estructuran un todo interdependiente.

Pretendemos hacer un análisis de la realidad socioeconómica. Ojalá este análisis induzca, obligue a planteamientos concretos, a planteamientos sin ambages, que consigan algún día eliminar del léxico latinoamericano las palabras: privilegio, explotación, despotismo, hambre, desnudez, enfermedad, analfabetismo.

I. REALIDAD SOCIOECONÓMICA DE LA AMÉRICA LATINA

La América Latina, casi en su totalidad, sufrió al mismo conquistador; iguales fueron los resortes que impulsaron el movimiento independentista y la liberación, e igual, por tanto, debió ser la herencia recibida en el siglo XIX.

"Inmediatamente después de la independencia del Ecuador, el pueblo supo hallar la frase justa para calificar la etapa iniciada con nuestra emancipación de España. *Ultimo día del despotismo y primero de lo mismo*, se dijo, y el ingenio popular no se equivocaba en la medida en que tal acontecimiento no iba a significar, para las clases explotadas, otra cosa que la sustitución del funcionario metropolitano por el encomendero criollo en varios órdenes de la vida nacional. Y así tenía que ser, puesto que la independencia ecuatoriana no fue producto de una auténtica revolución popular, sino tan sólo de una exitosa insurrección contra la Corona de los marqueses criollos, que mal podían generar un proceso de descolonización interna" [5].

"En el presente proceso de desarrollo, el mayor problema que acosa a la América Latina es la realización de una revolución social que satisfaga las viejas aspiraciones de sus oprimidas masas, olvidadas durante tanto tiempo. A los problemas de la América Latina se les ha dejado ir a la deriva durante demasiado tiempo. Se han agravado tanto, que parece que sólo cambios drásticos y radicales pueden traer pronto remedio.

Los problemas de la América Latina en el decenio 60-70 siguen siendo los mismos.

Más del 50 % de la población está subalimentada e insuficientemente vestida.

Más de la mitad de la población es analfabeta; en algunas repúblicas casi el 90 %

La gran mayoría de los latinoamericanos no poseen nada. La tierra y todos los demás recursos económicos están concentrados en manos de unos pocos, con frecuencia extranjeros. La mayor parte de la población vive en el campo en un estado de feudalismo que se opone a todos los programas de progreso y reforma social. Las estadísticas dan un claro indicio de la concentración de la propiedad de la tierra, problema muy importante, ya que en casi todas las repúblicas el 80 % de la población vive del campo, es decir, vive de trabajar una tierra que originalmente fue suya pero que ya no posee" [6].

1. Crecimiento de la población

“A fines del decenio de los 1950 la mayor parte de las repúblicas latinoamericanas difícilmente lograron no perder terreno por lo que respecta al ingreso real per cápita. La respuesta parcial a este fenómeno la da el *crecimiento* enormemente rápido de la *población* en la zona.

En cifras, la importancia mundial de la América Latina crece rápidamente. Pero también por su preponderancia estratégica y política adquirirá la América Latina especial importancia, a medida que esta gran zona utilice de la manera más plena sus recursos humanos y económicos” [7].

El papel del crecimiento rápido de la población en los procesos de desarrollo económico y social está siendo sometido a una reexaminación. Hay un acuerdo general acerca de que las variables demográficas desempeñan un papel dentro del marco del desarrollo, pero no hay consenso en torno a en qué consiste ese papel. La opinión convencional de muchos economistas del desarrollo es la de que el crecimiento rápido de la población anula en gran parte lo obtenido por los programas de desarrollo económico, pero esta opinión ha encontrado resistencia en algunas áreas, particularmente en América Latina, donde a veces se considera que el crecimiento de la población espolea el crecimiento de la economía y estimula la explotación de regiones inexplorables; acerca del papel del crecimiento de la población apenas si han ido más allá de la definición de algunos de los interrogantes que se deben plantear [8].

Lo que resulta indiscutible es que los cambios de la población —su crecimiento rápido o lento, su estructura etaria, su movilidad regional introducen modificaciones en el contexto social que a su vez repercuten en cambios políticos. La dirección de estos cambios depende de los cambios históricos profundos, al ser el producto de la participación efectiva de grandes núcleos humanos. ¿Podría, acaso, alegarse que América Latina, con la más alta tasa de crecimiento de la población del globo, sea un modelo de participación política?

Podríamos examinar otra hipótesis: así como la estructuración de cualquier tipo de economía moderna requiere de un mínimo económico, las transformaciones sociales y políticas ¿no requerirán de un excedente social básico, dado por mayores niveles de educación y de salud?

¿Será una mera casualidad que los dos países que han logrado introducir procesos revolucionarios de cambio en sus sociedades —Cuba y Chile— sean los que tienen un crecimiento menos explosivo de su población, por debajo de la media mundial, y muy por debajo de la media de América Latina? [9].

Al analizar los cambios de población relacionados con la productividad y desempleo, muchos de los que se ocupan del desarrollo de América Latina sostienen la opinión de que el crecimiento rápido de la población aumenta el empleo y estimula el crecimiento de la economía nacional.

A medida que la economía crece, aumenta la demanda laboral y el empleo aumenta en respuesta a esta variación en la demanda laboral [10].

Por otra parte algunos países de América Latina poseen territorios sustanciales sin poblar y, en algunos casos, reservas de recursos naturales; de ahí el concepto de que el crecimiento de la población ayudaría

a la explotación de esas regiones y sería, por consiguiente, un estímulo para su economía [11]. Ecuador dispone del 50 % de tierras no aprovechadas pero potencialmente productivas.*

Pero no podemos marginar la realidad de que son los pobres quienes tienen las tasas de natalidad más elevadas y que en América Latina el desempleo se registra en tasas que llegan al 10 o al 15 %. En algunas ciudades, los cálculos llegan a considerar a una tercera parte de la población como "desempleada", y hay que tener en cuenta que el subempleo es mucho más común en los países muy pobres, que el desempleo abierto y mensurable [12].

El comportamiento político puede ser afectado por el crecimiento de la población. Los países menos desarrollados tienen tasas de fecundidad altas y tasas de mortalidad relativamente altas. En estos países la población se caracteriza por una elevada proporción de jóvenes. En los países en desarrollo, el porcentaje típico de la población menor de 15 años oscila entre el 40 y el 45 %.

En Ecuador la población de 0 a 14 años en 1970 constituye el 47 % [13].

Esta situación de edad tiene consecuencias sobre la economía. La elevada relación de dependencia juvenil es una carga económica para la sociedad.

Existe la migración rural-urbana, pero surge la pregunta: ¿Es accesible a la juventud rural la educación superior?

Es obvio que el movimiento a las áreas urbanas, el contacto con los medios de comunicación son factores que impulsan a la población a buscar nuevas y mejores formas de vida.

En América Latina en su conjunto, la tasa de crecimiento demográfico se elevó ligeramente en el decenio de 1960, y asciende ahora a poco más de 2.9 %. Es probable que esa tasa haya llegado a su punto máximo y se estabilice durante unos cuantos años, y comience a declinar a fines del decenio de 1970.

En términos absolutos, esta tasa significa un incremento de 50 millones de habitantes en el decenio de 1950, de 69 millones en el de 1960, y de más de 90 millones durante el decenio de 1970; o también, que la población total sumó 210 millones en 1960 y 279 millones en 1970 y que llegará a 372 millones en 1980.

Las tendencias en distintos grupos de países confirman la hipótesis de que las tasas de incremento demográfico y la probabilidad de su aceleración futura guarden una relación inversa con la capacidad de los países para hacer frente al aumento de población. Los países más pequeños y más pobres en general tienen tasas de incremento que no superan a las de los países grandes, pero aunque su mortalidad relativamente es alta, la falta de una tendencia declinante de la fecundidad hacen prever que sus tasas de incremento seguirán subiendo durante algunos años, mientras que en los países más grandes, en su conjunto, es probable que se produzca la estabilización y luego la baja lenta de las tasas, y es posible que este descenso sea más rápido.

Todos los países o apoyan o toleran los programas de planificación familiar, pero pueden dividirse en tres grupos según la actitud que toman frente a ellos: i) unos pocos (Colombia, República Dominicana,

* Fuente: Sección Agricultura — Junta Nacional de Planificación 1969.

Guatemala, Honduras, y algunos de los países caribeños de habla inglesa) prevén la reducción de la natalidad como objetivo concreto de los programas nacionales de planificación familiar; *ii*) un mayor número (Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Haití, Panamá, Paraguay y muy recientemente México) prestan su apoyo oficial a las actividades de planificación familiar como parte de sus servicios de salubridad, pero les fijan otros objetivos (bienestar familiar, reducción de la mortalidad materno-infantil, prevención del aborto ilegal) que la baja de la fecundidad; *iii*) en otros países (Argentina, Bolivia, Perú, Uruguay, Venezuela) la política semioficial considera que son aconsejables las altas tasas de natalidad, o constituyen un problema que deberá resolverse con el tiempo gracias al desarrollo económico y social en general. "El Gobierno del Brasil no adopta medidas que influyan sobre el ritmo de crecimiento demográfico. Sin embargo, se prevé que el creciente proceso de urbanización y desarrollo económico, junto a una preocupación constante por elevar el nivel de educación para toda la población, llevará inevitablemente a una disminución, en el futuro, de la tasa de crecimiento de la población". Sin embargo, permiten que se amplíen las actividades privadas de planificación familiar, y las universidades y hospitales financiados por el Estado imparten capacitación y prestan otros tipos de asistencia con esa finalidad.

La baja de la mortalidad de los últimos años se ha traducido en una mayor esperanza de vida en todos los países latinoamericanos. Los cálculos más recientes se refieren al periodo 1965-1970, pero se prevé que la tendencia se prolongue en todo el decenio de 1970. La esperanza de vida guarda una relación inversa al incremento demográfico, habiendo una distancia muy grande entre los países más avanzados en el control demográfico y aquellos que mantienen altas tasas de mortalidad y fecundidad.

La esperanza de vida al nacer se relaciona estrechamente con la probabilidad de morir antes de los cinco años. Es decir, cuanto mayor sea la mortalidad de un país y más baja la esperanza de vida, tanto mayor proporción habrá de defunciones entre niños muy pequeños. Se ha estimado que alrededor de un millón de los 2.5 millones de muertes ocurridas en América Latina entre 1965 y 1970 correspondieron a menores de cinco años [14].

La tasa anual de crecimiento de la población para América Latina es de 2.9 %, ésto significa un aumento poblacional elevado.

¿Podrá plantearse como solución el control de la natalidad?

¿Tienen los países el necesario conocimiento y comprensión de las relaciones entre el desarrollo nacional y el cambio demográfico?

"Es obvio que cualquier programa destinado a modificar el número, la distribución o la estructura de la población, aunque sus metas se relacionen con la salud y los servicios correspondientes, tendrá profundas consecuencias sociales y económicas. Los gobiernos deberán necesariamente analizarlas al formular los planes nacionales. Sin duda, una población en rápido aumento presenta muchos problemas potenciales: por ejemplo, la necesidad de aumentar los recursos para la educación, la de satisfacer la creciente demanda de vivienda y la de crear más empleos. Los efectos de estas exigencias impuestas a los presupuestos na-

cionales deben tomarse en consideración al tratar de compensar los costos de un programa de población.

Como resultado de la transformación económica y social de los países en desarrollo, surgirán nuevas actitudes y escalas de valores relacionados con la reproductividad que, a su vez, producirán cambios significativos en los patrones de fertilidad. La experiencia de otros países y las dificultades a que hicieron frente pueden servir para evaluar las posibles repercusiones de esos cambios en la salud y bienestar [15].

2. *Urbanización*

La urbanización constituye una de las características más notables del cambio social en América Latina desde el decenio de 1940, o aun antes en algunos países.

Datos fragmentarios diversos sugieren que la movilidad espacial de la población en la mayoría de los países es elevada y toma formas muy diversas: corrientes migratorias, transitorias y permanentes, del campo a la ciudad, interurbanas, de las zonas agrícolas más antiguas a las que se están abriendo, etc., aunque siempre predomina la migración desde los centros pequeños a los más grandes.

Desde que comenzaron a llamar la atención el crecimiento urbano rápido y concentrado de América Latina y la distribución espacial dispareja de su desarrollo, se han debatido dos evaluaciones y conclusiones de política contrapuestas, cada una de ellas con varias variantes. Una corriente de opinión ha considerado que la urbanización concentrada es una etapa necesaria del desarrollo, una fuerza catalizadora para modernizar las sociedades, para disolver estructuras políticas, económicas y sociales gastadas, y para estimular la productividad, la participación, y la movilidad.

La otra corriente de opinión ha señalado los enormes costos infraestructurales y otros de los centros metropolitanos, su papel en el crecimiento de demandas de consumo incompatibles con las necesidades de ahorro e inversión, las relaciones parasitarias de los centros metropolitanos con el interior, y el crecimiento diferenciado rápido de una población marginal subempleada, aparentemente no asimilable.

En la práctica, las enormes aglomeraciones urbanas de hoy, funcionan con muchas tensiones, crisis, y menoscabo del bienestar de su población.

Las deficiencias de la vivienda y el transporte público son más severas que antes; la contaminación del aire ha pasado rápidamente a primer plano entre los problemas de las ciudades; el uso generalizado de vehículos automotores causa cada vez más trastornos. Sin embargo, otros aspectos del vivir urbano —suministro de agua, servicios de salud, escuelas— parecen haber mejorado en la mayoría de los grandes centros.

Indudablemente, el número de personas subempleadas, mal albergadas y mal alimentadas en las grandes ciudades ha aumentado con más rapidez que las poblaciones de estos centros.

Las economías no parecen ser hoy más capaces que antes de absorberlas en empleos productivos bien remunerados. Sin embargo, los estratos marginales han sido menos visibles y menos amenazantes para las estructuras existentes de lo que se había esperado. Los levantamientos

violentos en que grupos marginales desempeñaron un papel importante fueron menos numerosos y destructivos durante los años sesenta que durante los decenios de 1940 y 1950. La urbanización parece haber servido más como una válvula de escape para aliviar las tensiones de las partes más pobres y más rurales del país, que como fuente de tensiones. Los migrantes a los grandes centros sienten que han progresado algo, siempre en el marco persistente de la pobreza y la inseguridad. La aceptación de ingresos bajos por los estratos marginales permite que los estratos medios de la población urbana obtengan productos y servicios artesanales baratos, así como servicio doméstico, que de otro modo no estarían al alcance de sus ingresos.

Las industrias de bienes de consumo, las empresas constructoras, los especuladores en tierras urbanas y otros intereses ejercen presiones eficaces para que la concentración continúe. De otra parte, los estratos urbanos medios, los trabajadores organizados y hasta los estratos marginales son capaces de ejercer presiones más efectivas que los grupos correspondientes de los pueblos pequeños y las zonas rurales, para obtener servicios y subsidios.

Cualquiera sea la política nacional relativa a la redistribución espacial del desarrollo, la escala creciente de urbanización exigirá cada vez con más apremio medidas coordinadas en materia de planificación de largo plazo, y reformas del uso de las tierras urbanas, régimen de tenencia de la tierra, ubicación de zonas residenciales y de trabajo, control de la contaminación, transporte privado y público, suministro de agua, etcétera.

La generación nacida en los tugurios de las grandes ciudades, sin la sensación de progreso y esperanza que la migración infundió a sus padres, puede responder finalmente a las predicciones sobre las consecuencias revolucionarias o quebrantadoras de la marginalidad.

Las desigualdades en la distribución de ingresos, oportunidades de empleo y servicios entre las grandes regiones internas es un problema levemente distinto de las desigualdades entre los centros metropolitanos y el resto del país. En general, las diferencias entre regiones coinciden con su grado de urbanización o ruralidad.

La comparación de los datos disponibles utilizando dos indicadores sociales relativamente sensibles —la mortalidad infantil y las tasas de retención escolar—, así como también los niveles de ingreso por habitante, sugieren que la diferencia en los niveles de ingreso, y por ende en la productividad, suele ser mayor (aproximadamente 3:1 en Chile, Colombia y Ecuador; entre 5:1 y 7:1 en Argentina, Brasil, México y Perú) que la diferencia en los componentes del nivel de vida determinados por los servicios educativos y de salud [14].

3. Producción

“La rápida tasa de crecimiento de la población, supera anualmente al de la *productividad*. En otras palabras, hay una disminución del ingreso nacional per cápita. Las condiciones comerciales, para mencionar otro aspecto de la economía latinoamericana, también van empeorando, ya que los precios de las exportaciones tradicionales tienden a bajar y los de las importaciones a subir. Es una desgraciada circunstancia para

la América Latina que el mercado mundial para sus exportaciones esté restringido por: 1) la presión de los excedentes agrícolas de los grandes productores, como los Estados Unidos en particular, y 2) por las restricciones proteccionistas adoptadas por los países europeos de acuerdo con su Mercado Común y sus convenios regionales, así como por sus preferencias por zonas no europeas, excluida la América Latina. Las tarifas y las restricciones cualitativas impuestas por los Estados Unidos para impedir la competencia extranjera, crean también nuevas dificultades para los exportadores-productores agrícolas y mineros de la América Latina, cuyo mercado de exportación más grande son los Estados Unidos.

Otras desventajas en el panorama del desarrollo latinoamericano son las escaseces de tecnología aplicada tanto en agricultura como en ganadería. La primera en particular impide el aumento cuantitativo de la producción y eleva el costo, lo cual a su vez amengua la fuerza competitiva en el mercado. El estancamiento de la capacidad de producción de la industria local —falta de fuentes de energía, de maquinaria, de técnicos— también restringe la demanda general y fomenta la inflación. El mercado interior está reducido a niveles insuficientes. Además, esas circunstancias no son ni accidentales ni pasajeras, sino que son crónicas y no hay señales de que vayan a cambiar espontáneamente. Los convenios sobre precios, cuotas, formación de depósitos reguladores; todas éstas son medidas que pueden traer algún alivio, pero no cambian las causas fundamentales subyacentes de las dificultades de la América Latina. Sólo un plan concentrado de acción puede producir las mejoras necesarias para el aumento de la productividad y el ingreso hasta el punto en que "el desarrollo pueda costearse a sí mismo".

Evolución de la producción agropecuaria. Entre 1964-1965 y 1969-1970 la producción agropecuaria de América Latina creció a un promedio anual de alrededor del 3 %. De esta manera se estuvo por debajo de la meta, que es un aumento anual medio de la producción de 4 %, y, además, se desmejoró la cadencia de crecimiento registrada en el quinquenio anterior. Este crecimiento insatisfactorio es particularmente significativo, ya que la producción agropecuaria de América Latina debería crecer a ritmo superior al 4 % en determinadas hipótesis de exportaciones e importaciones, porque, entre otros factores, su incremento demográfico es superior en alrededor de medio punto porcentual al considerado en la Estrategia Internacional de Desarrollo.

En términos de producción por habitante, la situación se torna desfavorable para América Latina: en 1970, ella fue un poco menor que la de 1963, mientras que en las regiones desarrolladas de economía de mercado el incremento era del 10 %, en los países socialistas de Europa Oriental y la URSS alcanzaba al 20 % y en las otras regiones en desarrollo era igual o ligeramente superior a la cifra del año base.

Aproximadamente, sólo una cuarta parte de la superficie agropecuaria de América Latina corresponde a suelos cultivados. Pero dentro de la región se registran diferencias notables. Hay un evidente predominio de la explotación agrícola en tierras de labor en todos los países centroamericanos e islas del Caribe, y también en Ecuador y Panamá, donde la densidad de población es mayor. En dichos países la proporción de tierra cultivada varía entre 40 y 55 %, es decir, el doble del promedio

regional. Uruguay, Paraguay, países fundamentalmente ganaderos, tienen por el contrario una proporción en cultivos inferior al 10 %. El resto de los países ocupan una situación intermedia [14].

4. Distribución del ingreso

Los cálculos de la *distribución del ingreso* por categorías socioeconómicas señalan que los empleadores ganan de 1.7 a 3.5 veces el promedio nacional del ingreso personal en distintos países; que los ingresos de los empleados son de 20 a 65 % superiores al promedio; y que los ingresos de los obreros, así como los de los que trabajan por cuenta propia, bajan hasta 2-3 del promedio nacional.

La distribución del ingreso por sector de actividad económica refleja las consabidas diferencias de productividad sectorial. Si el promedio nacional de 1970 se hace equivaler a 100, la productividad de la agricultura en diferentes países va de 27 a 72; en la industria y los servicios básicos de 109 a 252; y en el sector terciario de 71 a 262.

La distancia entre el sector agrícola y el resto de la economía es tan pronunciada (salvo en Argentina y Uruguay) que representa necesariamente un papel importante en las modalidades de distribución del ingreso descritas anteriormente. La mayor parte del 40 % de la población latinoamericana que se dedica a la agricultura queda en la mitad inferior de la distribución del ingreso.

El aspecto mejor conocido y más documentado de este problema es el desplazamiento desde la agricultura hacia precarias ocupaciones urbanas, poco productivas y mal remuneradas. En muchos países, el desplazamiento de la mano de obra fuera de la agricultura no responde principalmente a falta absoluta de oportunidades de ganarse la vida, sino a los ingresos extremadamente bajos de los asalariados agrícolas y de los minifundistas, unidos a las posibles atracciones de la vida urbana.

En la región ha persistido, en general, el conocido fenómeno de crecimiento acelerado de la ocupación en el sector terciario (servicios y comercio), interpretado comúnmente como una indicación de subempleo y de ocupación de baja productividad. Junto con los servicios y el comercio, la construcción representa un papel de especial importancia en la absorción de mano de obra no calificada, de baja productividad; ésto se refleja en las tasas relativamente bajas de aumento de la productividad por habitante en todos estos sectores.

El desempleo registrado en los marcos típicos de América Latina es la parte visible de un témpano; su relación cuantitativa con los problemas generales de la pobreza y del subaprovechamiento de la mano de obra sólo puede adivinarse. Es claro que en algunos países el desempleo abierto afecta ahora a una proporción importante de la mano de obra urbana, que buena parte del desempleo es de largo plazo (periodos superiores a tres meses en el momento de las encuestas), que un alto porcentaje de los cesantes está constituido por varones jefes de familia y por trabajadores jóvenes, y que las tasas de desempleo registradas son elevadas en los grandes centros metropolitanos.

La cuestión del desempleo entre los jóvenes merece especial atención. En cuatro de cinco países respecto de los cuales se dispone de datos recientes los jóvenes constituían una gran mayoría de los cesantes,

y en el quinto país (Chile, en el que el tamaño relativo del grupo de edad es inferior al de otros países) constituían casi la mitad.

La medición del subempleo ha progresado muy poco en los últimos años.

Siguen agrupándose aspectos muy diferentes de los problemas del desajuste entre oferta y demanda de mano de obra, del aprovechamiento inadecuado de los recursos humanos, de la baja productividad y de la remuneración inadecuada de la mano de obra, produciendo estimaciones que aclaran muy poco la situación.

En la mayoría de los países las zonas rurales siguen siendo los principales focos de subempleo y pobreza extrema. También es de suponer que el problema general es más grave en los países más pequeños, en que la urbanización ha sido menos capaz de servir como válvula de escape para el subempleo y la pobreza rurales. Hay algunas pruebas de que el aspecto más grave del problema en las zonas urbanas radica en los ingresos muy bajos percibidos por muchos trabajadores ocupados de tiempo completo desde el punto de vista de la semana laboral. Recientes encuestas nacionales de hogares hacen posible calcular porcentajes de la población urbana empleada en actividades "marginales" en el sentido de percibir menos que el salario mínimo obligatorio y otro standard nacional de adecuación.

La preocupación cada vez mayor por los problemas de la ocupación se ha reflejado en el plano nacional, más en declaraciones y objetivos de política general contenidos en los preámbulos de los planes, que en reorientaciones coherentes de la política y de la planificación para dar prioridad al empleo.

Una posición que ha surgido al primer plano en los organismos internacionales relacionados con la ocupación insta, con diversas variaciones, por una estrategia para la redistribución de los ingresos integrada por cambios en la naturaleza de los bienes y servicios producidos, por la reforma agraria, por la reforma educacional, por la introducción de tecnologías apropiadas a la escasez relativa real de capital y de mano de obra, y por mecanismos para una participación popular más activa e innovadora en los procesos productivos y en la toma de decisiones para el desarrollo [14].

5. Tenencia de la tierra

"En América Latina existen 105 000 explotaciones agrícolas y ganaderas de más de mil hectáreas cada una de ellas, que representan el 1.4 % del total de propiedades, con 470 millones de hectáreas, o sea, el 65 % del total de tierras agrícolas y ganaderas registradas. Esto arroja un promedio de 4 500 hectáreas para cada una de esas explotaciones.

En el otro extremo, existen 5 445 000 de parcelas que constituyen el 72.6 % del total, con menos de 20 hectáreas cada una de ellas, en una superficie de 27 millones de hectáreas, o sea, el 2.7 % del total registrado. Esto arroja un promedio de menos de 5 hectáreas para cada una de estas parcelas.

De los 111 millones de habitantes rurales en 1960 y de los 30 y tantos millones de la población agrícola económicamente activa, sólo unos 100

mil —probablemente en su mayoría residentes urbanos y no rurales— son propietarios del 65 % de la superficie agrícola total en la región.

Una de las consecuencias negativas más importantes de la concentración de la propiedad de la tierra en pocas manos es el uso ineficiente de los recursos productivos más abundantes de la agricultura en América Latina: la tierra y la fuerza de trabajo. En los grandes latifundios tradicionales que son los más típicos, y también con mucha frecuencia en las grandes plantaciones modernas dedicadas principalmente a monocultivo, encontramos un grado extraordinario de subocupación de tierra y fuerza de trabajo agrícola.

Frecuentemente, el valor total de los salarios pagados en estos grandes latifundios tradicionales representa menos del 10 % de su producto bruto. Además, una importante proporción de estos salarios no se paga en efectivo, sino en concesiones tales como la asignación temporal de una parcela marginal para los propios cultivos del trabajador o el derecho de alimentar algunos de sus animales en los pastos del latifundio. Esto hace que el terrateniente continúe el proceso productivo sin la necesidad de utilizar una cantidad considerable de capital de trabajo, y al mismo tiempo ejerza el poder social y político sobre el campesino asignado a su propiedad, como resultado de las concesiones que le haya otorgado.

La concentración de la tierra da lugar a una distribución muy desigual del ingreso agrícola que, en promedio, se encuentra también muy por debajo del ingreso que puede obtenerse en otros sectores de la economía. Esto, en términos específicos, implica un estado de condiciones de vida infrahumanas para la mayoría de la población que vive en el campo. Aproximadamente una tercera parte de la población de América Latina vive en una pobreza abyecta: ésto constituye una de las principales dificultades en el intento de ampliar el mercado interno, condición esencial para el proceso de crecimiento industrial.

En América Latina hay un grupo muy pequeño de personas acaudaladas representadas por los propietarios de tierras de grande y mediana magnitud, con sus ideas tradicionales, y por los empresarios capitalistas en la agricultura, que producen para la exportación y ocasionalmente para el mercado interno.

Este pequeño grupo, que representa sólo un porcentaje minúsculo de la población agrícola total y que en ciertos casos está integrado en gran parte por terratenientes ausentistas o por personas primordialmente dedicadas a actividades no agrícolas, concentra en sus manos la mayor parte de los recursos de la tierra y una parte sustancial del ingreso del sector agrícola y ganadero. Además, éste es el grupo que goza de todas las ventajas sociales y políticas del sistema existente, que en el mejor de los casos se caracteriza por ser un régimen social de paternalismo benevolente; en el peor de los casos, por una opresión esclavista sobre los grupos inferiores.

En ciertos países, o en ciertas regiones de algunos países, entre este grupo minúsculo, pero dominante, y los grupos inferiores, existe una pequeña clase media rural. Esta clase media está representada por empresas familiares independientes que poseen tierras suficientes, ciertos tipos de compañías agrícolas, o agricultores arrendatarios con cierto

capital, y algunas categorías de empleados responsables de la supervisión y cuentas en las grandes superficies de tierra. La importancia numérica y social de este grupo es muy pequeña.

Finalmente, existen los indigentes que constituyen las grandes masas de la población rural, y que forman grupos distintos, con características más o menos específicas. Uno de estos grupos está formado por el proletariado rural de las zonas de plantación (caña de azúcar, algodón, plátano, arroz); otro de los grupos está formado por los vaqueros de los grandes ranchos ganaderos; y el tercero por los pequeños terratenientes pobres, dueños, arrendatarios o usurpadores en prácticamente todos los países latinoamericanos; y, finalmente, la gran masa de los asalariados sin tierra en las propiedades tradicionales, a quienes se paga sólo con concesiones o con una combinación de efectivo y concesiones (los *huasipungueros* en Ecuador, los *inquilinos* en Chile, los *conuqueros* en Venezuela, los *colonos* en Brasil, los *peones* en Argentina, o los *indios* en Perú). Esta enorme masa —a pesar de las diferencias en el ingreso entre los diversos grupos que comprende, que están determinadas por la demanda de trabajo en cada región, el grado de organización en los sindicatos —en el pequeño número de casos en que esto se aplica— y el poder político y social mayor o menor del pequeño grupo dominante de terratenientes— constituye los parias del sector agrícola latinoamericano. Éste es el grupo que tiene muy escasas posibilidades, expectativas u oportunidades de mejorar. Su única oportunidad verdadera de romper las barreras sociales o económicas que los rodean es el traslado a una zona urbana. Para quienes se quedan en la agricultura, no existe otra perspectiva, bajo el orden existente, que continuar llevando la existencia subhumana que lleva la mayoría de ellos en la actualidad. Esta situación se ve agravada en aquellos lugares en donde la mayoría de los campesinos está integrada por indios que viven todavía, en su mayor parte, de acuerdo con valores tradicionales completamente diferentes de los de la comunidad dominante, con la cual no están integrados. Las reacciones y la forma de vida de estos indios están completamente reñidas con las que necesita la población para alcanzar el desarrollo económico como meta racional.

Deben hacerse intentos por integrarlos con la comunidad nacional y por modernizar su mentalidad.

Sin embargo, si esto no se ve acompañado por perspectivas reales de condiciones mejores, el único resultado será el crear masas de población desarraigada y frustrada, destinada a sufrir consecuencias humanas y sociales desastrosas [16].

Si al grado de *concentración de la tierra en manos de unos pocos*, se añade que en la mayor parte de las repúblicas latinoamericanas más del 80 % de la población vive en el campo y depende del trabajo de la tierra para subsistir, y si además se advierte que la mayor parte del PNB de cada nación procede de actividades agrícolas, se hace clara inmediatamente la importancia del sistema de tenencia de la tierra en la economía de esas naciones. Si además, las personas que poseen la tierra son también las que gobiernan, no puede menos de concluirse que no es mucho lo que puede hacerse por el individuo corriente de la América Latina a no ser que se realice una nueva distribución de la tierra.

¿Cómo, por ejemplo, puede ser posible mejorar la instrucción cuando

la mayor parte de las repúblicas no tienen un impuesto sobre la tierra y, naturalmente, no lo adoptará ninguna mientras sean los terratenientes quienes gobiernen, situación que persistirá mientras éstos retengan su poder económico efectivo por virtud de ser grandes propietarios? En cualquier caso, no tiene sentido ciertamente que unos pocos terratenientes opulentos se interesen en pagar la educación de las masas que ahora explotan tan fructíferamente.

Es indudable que la estratificación social que actualmente existe en la América Latina es resultado de la herencia de las antiguas costumbres y tradiciones coloniales, una de las cuales es el predominio de las grandes haciendas. Riqueza y propiedad territorial tradicionalmente concentradas todavía no han sido desconcentradas.

Además, también puede observarse que la existencia de grandes latifundios suele tener por resultado: 1) un nivel de vida del pueblo miserablemente bajo, mientras que la clase privilegiada de los terratenientes puede gozar de un lujo casi oriental; 2) la creación de un abismo entre los pocos individuos ricos y los muchos perdidamente pobres; 3) una inmovilidad social vertical apoyada en barreras de castas que impiden la elevación de representantes de las masas, aunque sean de carácter y de una inteligencia notables, y de valor específico para la sociedad; 4) la existencia de un bajo nivel de instrucción, si es que hay alguna, para las masas, ya que la situación de los propietarios se mide por comparación con la ignorancia de las masas, y 5) el predominio de una población preparada únicamente para trabajos y tareas limitadas, que tienen que hacer bajo la estricta vigilancia de capataces e inspectores que, a su vez, no están preparados para el trabajo administrativo ni la organización de negocios, como se conoce en los Estados Unidos y en otras economías agrarias industrializadas o avanzadas, encaminadas al aumento incesante de la productividad. Como sexto factor resultante del sistema de latifundios de la América Latina habría que añadir el general predominio de las enfermedades y la subalimentación que sufre la población del campo.

Desde luego, el sistema tradicional de grandes propiedades es también la causa del *monocultivo*, de la economía de un solo producto, sistema de uso de la tierra que a su vez conduce a la erosión del suelo y a exponer a la economía a todas las oscilaciones de los mercados mundiales de exportación en cuanto a fluctuaciones de los precios y a los cambios súbitos de la demanda de las exportaciones agrícolas y mineras. En consecuencia, no puede haber duda en que el progreso es imposible en la América Latina sin un cambio fundamental de su sistema agrícola. Y no puede realizarse la industrialización que es absolutamente necesaria, ya que el desarrollo agrícola de la América Latina, aun cuando se basa en un sistema reformado de posesión de la tierra, no promete un futuro color de rosa a la zona.

6. *Reforma agraria*

A pesar de cuanto se ha dicho y publicado últimamente sobre el desarrollo económico e industrial de la América Latina, todavía no se ha comprendido la importancia que la reforma agraria juega en ese esfuer-

zo. Todavía es un hecho que el sistema agrario en casi todas las repúblicas latinoamericanas no cambió desde los tiempos coloniales.

Además, la superposición de la agricultura capitalista de las grandes plantaciones constituidas en sociedades anónimas, como la United Fruit Company, sobre el sistema de latifundios, dio al sistema agrario en muchas repúblicas un papel y una importancia en su estructura social y económica aún más predominante que los que tradicionalmente habían tenido. Por lo tanto, sin reforma agraria no habrá progreso; no porque la reforma agraria hará más productiva la agricultura —por el contrario, puede tener el efecto opuesto—, sino porque significa una transformación social completa.

Esta transformación básica de la mano de obra agrícola y otras fuerzas, que podrían entonces constituir una sociedad industrial-comercial, concebiblemente del tipo de iniciativa privada, acompañada de las instituciones de la democracia liberal.

En la América Latina, como en otras naciones pobres, estamos ante un círculo vicioso de pobreza y de atraso. *Si no hay reforma agraria, no es posible la instrucción; si no hay instrucción, no es posible la democracia; si no hay democracia, no podrá haber reforma agraria; si no hay reforma agraria, no puede haber industrialización; sin industrialización, el nivel de vida no puede elevarse, y sin un nivel alto de vida no habrá instrucción, ni progreso agrícola, etc., y así ad infinitum.*

La reforma agraria es sin duda la base de todo progreso futuro de la América Latina. No obstante, es oportuna una palabra de cautela.

La reforma agraria no puede considerarse únicamente como la división de las grandes propiedades. Esta última conduce muchas veces a una producción ineficaz en pequeñas parcelas y da por resultado la creación de un sistema de minifundios, lo contrario del sistema actual de latifundios, y tan ineficaz como él, o quizás más.

Lo que se necesita es un conjunto de leyes que obliguen a poner en producción todas las tierras ahora ociosas y que hagan más efectiva la percepción de impuestos sobre la tierra. Puede ser otra solución la propiedad en común de la tierra, como es el caso de los *ejidos mexicanos*. Además, la diversificación de los cultivos, el empleo de maquinaria agrícola, el traslado y preparación de los campesinos subocupados para permitirles trabajar en la industria; todos éstos no son más que algunos de los problemas que tendrá que resolver una reforma agraria efectiva. La ejecución de esas tareas no es fácil, pero justifica la repetición una y otra vez de que sin reformas efectivas de la tierra no habrá progreso permanente en la América Latina.

7. Sistema tributario

Un esfuerzo que la América Latina puede hacer por sí misma es levantar una gran cantidad de capital en su propio territorio, ya que indudablemente existe. Es ridículo pedir ayuda al extranjero cuando ciudadanos particulares latinoamericanos tienen depósitos en los Estados Unidos y en otras partes, que ascienden aproximadamente a 14,000.000.000 de dólares.*

* Institute of Hispanic and Luzo-Brasílian Studies: Hispanic American Report, Vol. XIV, N° 8, octubre de 1961, pp. 754-755.

No se ve muy claro por qué habrían de suministrar fondos los extranjeros cuando los nacionales hacen huir sus capitales al exterior. También es ridículo pedir a las naciones avanzadas, que tienen impuestos muy elevados, que presten ayuda, cuando en la América Latina la riqueza, y hay mucha, en realidad, no paga impuestos en absoluto.

Verdaderamente, los impuestos para los grupos de altos ingresos deberían ser más altos en la América Latina que en los Estados Unidos, ya que la gente rica de la América Latina vive mucho mejor que su equivalente de los Estados Unidos. La causa es el bajo costo de una oferta de mano de obra abundantísima para toda clase de servicios, y el bajo costo de la producción de alimentos.

Habría que añadir también que un nuevo *sistema tributario* para la América Latina no sólo debe lucir bien en el papel sino que habría que imponerlo. Aunque existen sistemas tributarios en unas pocas repúblicas, es de conocimiento común que aún más del 50 % del ingreso imponible no es declarado y, en consecuencia, sólo se aplican tipos bajos a la parte declarada. Tampoco se necesita ayuda extranjera para poner remedio a esa situación, de la que se exceptúan, con un poco de simpatía por nuestra parte, las repúblicas que están pasando por una revolución social destinada a implantar las reformas necesarias para impulsar el desarrollo futuro. La adopción de medidas para hacer posible la percepción efectiva de los impuestos es una de esas reformas y debe realizarse aunque signifique la abolición de una clase privilegiada como la de los terratenientes opulentos y otros.

Ninguna nación latinoamericana, o a este respecto, ninguna otra nación, debiera esperar ayuda extranjera a menos que demostrase que su sistema de recaudación de impuestos es eficaz, aunque no sea suficiente. Un sistema tributario progresivo, estímulo especial a la reinversión de los ahorros y fuertes impuestos a la tierra no usada ni cultivada, son reformas que, digámoslo de paso, serían también las armas más poderosas contra la inflación que frecuentemente sufren las economías en crecimiento rápido, y aun economías estancadas como la de Bolivia. Es indudable que si los gobiernos no pueden percibir suficientes impuestos, la formación de capital general, base de la industrialización y desarrollo, sólo puede hacerlo emitiendo crédito el Estado muy por encima de los ingresos recaudados. Esto conduce invariablemente a la inflación con todas sus repercusiones concomitantes.

8. *Industrialización* [17]

Antes de la crisis de 1929, el desarrollo económico en los países de América Latina siguió en gran parte el modelo tradicional de países coloniales productores de minerales, bienes agrícolas y materias primas para exportación hacia los países más industrializados, de los cuales importaban los artículos manufacturados que necesitaban. Éste fue el modelo tradicional a que se refiere la CEPAL como "el patrón de desarrollo inducido externamente". La crisis de 1929 y los años siguientes trajeron consigo un cambio radical.

La composición de la oferta y la demanda internacionales se desarticuló repentinamente, y América Latina se vio ante un cambio dramático en su relación de intercambio. Además, desde entonces, algunos fac-

tores han tendido a reducir la tasa de crecimiento de las exportaciones de productos agrícolas que, como se ha dicho, han representado una proporción considerable de las exportaciones totales.

Las únicas excepciones son los productos agrícolas tropicales, pero en este campo América Latina ha tenido que hacer frente a la competencia creciente de otras regiones tales como los países africanos. Todos estos factores han dado paso a una disminución de la demanda de productos agrícolas y ganaderos de América Latina en aquellos países industrializados que han sido los mercados tradicionales latinoamericanos, y no hay duda de que esta tendencia se agravará en el futuro.

Desde la década de 1930, los países de América Latina han tratado de hacer frente a esta situación, que les habían impuesto las circunstancias externas, a través de una política de industrialización encaminada a sustituir los bienes de consumo anteriormente importados. Esta política ha sido durante 30 años la fuerza motriz del desarrollo económico en la región. Sin embargo, hay en la actualidad claros indicios de que se están encontrando ciertas dificultades que señalan que, de no producirse fundamentales cambios en la estructura económica de América Latina, la industrialización no podrá seguir desempeñando el mismo papel dinámico que hasta ahora ha desempeñado.

Una de estas dificultades estriba en el hecho de que se ha llevado a cabo en gran parte actualmente la sustitución de aquellas clases de bienes de consumo manufacturados y de bienes de capital que era relativamente fácil de producir, y de que los mercados de estas clases de productos son por comparación limitados, dada la actual estructura económica y social. Aproximadamente, la mitad de la población de la región, los que para vivir dependen de actividades agrícolas, juntamente con sectores considerables del proletariado urbano empobrecido, difícilmente representan un buen mercado para los bienes de consumo manufacturados: su ingreso es demasiado bajo, y no hay esperanza de mejorarlo en las condiciones presentes. No es posible acelerar la expansión de estas industrias en el futuro, a menos que se produzca un cambio fundamental en las perspectivas de este sector considerable de la población.

Existe otra dificultad en el cambio del desarrollo industrial. En la actualidad, la industria manufacturera atraviesa por una etapa de transición, de una industria preponderantemente ligera a una industria que empieza a producir bienes de capital, artículos semielaborados, y productos que requieren un grado mucho más elevado de complejidad en su elaboración. Además de inversiones considerablemente mayores y de técnicas mucho más complicadas, se necesitan mercados mucho más amplios que los mercados nacionales de los países latinoamericanos ya existentes. Con algunas excepciones, los países de América Latina tienen poblaciones que oscilan alrededor de 10 millones o menos de habitantes, y aunque todos ellos están registrando un crecimiento demográfico acelerado, es indudable que los sectores que en la actualidad son económicamente capaces de formar un mercado, representan una proporción muy pequeña de la población total.

En vista de esos mercados nacionales pequeños, es difícil que convenga establecer la industria pesada, a menos que se aplique, para la América Latina en su conjunto, una política de desarrollo industrial integrado. Sin embargo, este proceso de integración económica se encuen-

tra todavía mucho más allá de lo que los diversos países y los grupos que detentan el poder económico en cada uno de ellos parecen estar dispuestos a considerar.

Finalmente, deberá hacerse notar a este respecto, que, en contra de la visión optimista de muchos teóricos, la industrialización por sí sola no ha sido capaz de crear ocupación suficiente para absorber la mano de obra creciente que se deriva del crecimiento demográfico natural en los poblados, y del proceso acelerado de urbanización en que está empeñada actualmente América Latina, intensificado por el atraso y la falta de perspectivas en el sector agrícola. Un indicio de esto es la existencia en casi todas las grandes ciudades de la región en donde la expansión industrial ha tendido a concentrarse, de gran número de barrios sub-urbanos.

Estos barrios, en su mayor parte habitados por elementos del proletariado empobrecido, sean desocupados u ocupados muy irregularmente en servicios marginales y en actividades de construcción (como trabajadores no calificados) no sólo plantean el problema de la vivienda que muy frecuentemente les es inherente, sino también demuestran la incapacidad de la industria y de sus actividades anejas para absorber productivamente esta fuerza de trabajo, desplazada en gran medida de las zonas rurales.

Las economías de América Latina no han evolucionado de acuerdo con la secuencia teórica del desarrollo según la cual una expansión de la industria, como resultado de los mejores salarios ofrecidos, debería atraer hacia ella a los trabajadores de la tierra, haciendo así necesario mejorar la tecnología agrícola en los niveles requeridos. En América Latina la afluencia de mano de obra rural a las zonas urbanas ha sido mucho mayor que el número requerido para la expansión industrial. Además de las causas indicadas con anterioridad en relación con las limitaciones económicas del mercado interno, ha habido factores que contribuyen a la incapacidad relativa de la industria para ofrecer una solución adecuada al problema de la ocupación productiva de una fuerza de trabajo creciente.

Así pues, América Latina ha comenzado su revolución industrial sin antes haber pasado por una revolución agrícola; su agricultura se basa en nuestros días principalmente en estructuras, métodos y sistemas tradicionales, y en sistemas modernos que no corresponden a la etapa actual de desarrollo. Teniendo en cuenta que las perspectivas viables de expansión industrial futura dependen en gran medida de la incorporación de los sectores rurales a las comunidades nacionales, del mejoramiento del nivel de vida de estos sectores y del proletariado urbano empobrecido y de la integración económica de la región, es fácil observar que la industria por sí sola, durante los próximos años, no podrá constituir el gran factor que promueva el desarrollo en los países de América Latina. Esto sólo puede lograrse mediante la combinación de la reforma agraria, industrialización e integración económica regional. A estos tres factores, que básicamente implican la concepción política de un nuevo nacionalismo continental, se habrá de dar al mismo tiempo la importancia debida en los años venideros.

En contraste con las modalidades de la industrialización de la post-guerra, el patrón que se perfila en el decenio de 1970 se caracteriza

por una mayor intencionalidad de la política industrial, por una mejor identificación de los factores limitantes del desarrollo de la industria, y una definición más precisa de las responsabilidades que caben a la industria en el proceso económico. Las formulaciones de política industrial realizadas por los países de la región en lo que lleva corriendo este decenio dan fuerza a esta aseveración. Se observa asimismo una reformulación del instrumental utilizado que tiende a incorporar en forma creciente medidas más específicas. La protección se torna más flexible, diferenciada y, en general, se sitúa a niveles menos elevados, al tiempo que comienza a ceder paso a otros instrumentos de acción más directa sobre las prioridades industriales, y los objetivos concretos que cada vez se expresan con mayor claridad en las políticas industriales de los países de la región.

Sería necesario ahondar en el conocimiento de la experiencia industrial reciente de los países de la región, para intentar presentar un cuadro jerarquizado de los factores que inciden en cada uno de ellos en el mantenimiento o aceleración del ritmo reciente. En todo caso, los más importantes parecen ser:

1) Sensible aumento de la colocación de manufacturas en el exterior.

2) Efectos propulsivos derivados de la ampliación de las relaciones interindustriales resultantes del avance en ramas de fabricación más compleja.

3) Ampliación y adecuación de las fuentes internas de financiamiento industrial.

4) Ampliación del mercado interno, a través de políticas redistributivas, tales como ampliación de la base receptora de salarios mínimos, subsidios familiares, etc., y por los efectos en los niveles de ingreso rural derivados de los programas de reforma agraria en marcha.

5) Ampliación de la demanda de productos industriales por parte del sector público [14].

9. Educación

El sistema de desarrollo económico y social se integra, en parte, por el sistema de salud y por el sistema educacional; salud y educación para mejorar el standard de vida de la población a base de elevar su cultura y alcanzar el estado más alto posible de salud [18].

Un número de latinoamericanos que se calcula entre 70 y 80 millones no saben leer ni escribir. La mitad, aproximadamente, de ellos, tienen más de 15 años.

Los porcentajes de analfabetos entre los que tienen más de 10 años van del 13 % en Argentina, al 89 % en Haití y en el enorme Brasil con el 51 %.

En América Latina son insuficientes las escuelas primarias, para usar un adjetivo suave. Tienen poco material y pocos libros. Frecuentemente los maestros trabajan sólo jornadas cortas, y no tienen otra preparación que la de la escuela primaria. Las materias son anticuadas.

El tipo feudal de vida que aún persiste en gran parte de la América Latina no ha sido propicio a la educación en gran escala. La tradición oligárquica quizá dé todavía a una élite relativamente pequeña una edu-

cación adecuada al concepto de su papel como aristocracias; pero las grandes masas del pueblo reciben poca enseñanza, si es que reciben alguna, y esa poca, de mala calidad. La tarea actual de proporcionar un sistema de escuelas públicas adecuado a las necesidades, es, en consecuencia, monumental.

En una población creciente, las gentes analfabetas e ineducadas aumentan el total de hambre y necesidad; con la educación, se convierten en un "recurso natural".

Sólo mediante la educación pueden aún millones de latinoamericanos empezar a comprender la parte que pueden tomar en el despertar de sus sociedades. Sólo mediante la educación pueden millones de individuos dar los primeros pasos en la ascensión, no sólo a un nivel de vida mejor, sino a un concepto más decoroso y digno del valor de la vida [19].

Los programas de alfabetización de adultos no deben limitarse a que el individuo aprenda a leer; si no recibe otras motivaciones, es posible que en corto tiempo regrese a su estado de analfabeto.

Las masas populares en su mayoría viven en el área rural, el área marginada de educación y salud. No pueden por sus condiciones ser receptivas de información de medidas preventivas de salud, no son sujetos de demanda de acciones de salud, y, por lo mismo, la oferta de servicios no puede ser utilizada a la medida deseada, y la comunidad no puede convertirse en factor positivo de colaboración para la realización de programas para su propio beneficio.

En el Ecuador, la escolaridad primaria es baja, y está a cargo del Estado, de los Municipios y de particulares. En los últimos tiempos se constata un creciente aumento de escuelas primarias particulares. Muchas gentes han encontrado en esta actividad una fácil fuente de lucro.

El Estado y los Municipios mantienen un 60 % de escuelas en el área rural. Los particulares sólo en un 25 %.

El Estado financia el 75 % de escuelas, los Municipios un 10 % y los particulares un 13 %. En más de un 15 %, las escuelas no tienen locales propios.

El 50 % de escuelas disponen de un aula.

Cerca del 10 % de profesores no tienen título.

Existe la relación de tres profesores por escuela.

En el año lectivo 1969-1970 hay 980,020 alumnos en la educación primaria.

La población total en 1970 alcanza a 6 092,900. De 5 a 14 años, la población alcanza a 1.758,324.

La población escolar de menos de 7 años a 14 años es de 948,209.

El 52 % de la población en edad escolar está marginada de este beneficio.

En relación a los alumnos, podemos consignar que existe alguna diferencia poco significativa en cuanto al sexo, a favor de los hombres.

El porcentaje de deserción es elevado [20].

En la enseñanza media el número de alumnos en relación con los de la primaria es del 20 %.

Los establecimientos municipales y particulares constituyen el 65 %.

El Estado tiene a su cargo el 35 %.

El 66 % de colegios no tienen locales propios.

El término medio de profesores es de 21 por cada establecimiento.

El 9 % de profesores no tienen título.

La deserción de alumnos es elevada [21].

En el nivel superior, en la Universidad Central de Quito el año de 1964 ingresaron 3,772 alumnos a todas las Facultades; este número aumenta progresivamente hasta tener 8 095 alumnos en 1968.

En 1969 la Universidad abre sus puertas a todos los bachilleres, y los ingresos son los siguientes:

1969	—	11,790
1970	—	12,671
1971	—	13,700
1972	—	14,561

Este aumento no refleja el crecimiento de la población estudiantil de la Escuela de Medicina.

Ingresos a la Escuela de Medicina

1965	—	602
1966	—	944
1967	—	1,080
1968	—	1,134
1969	—	1,576
1970	—	1,730
1971	—	1,962
1972	—	2,600

Tomando como referencia los últimos cinco años, constatamos que entre 1968 y 1972 el número de alumnos de las Escuelas de Medicina es más que el doble.

El presupuesto estatal del Ecuador contempla para el año de 1973 las siguientes asignaciones:

Educación:	26 %
Salud:	4 %

En América del Sur, en 1967 el número de matriculados* es el siguiente:

Nivel primario:	78.2 %
Nivel secundario:	19.2 %
Nivel superior:	2.6 %

A la Universidad llega sólo el 3.5 % de los jóvenes latinoamericanos que inician la instrucción primaria. El total de la población universitaria latinoamericana, calculado para 1970, es de 900,000 estudiantes, que representa apenas el 4.2 % del total de jóvenes comprendidos entre 19 y 24 años [22].

Expansión de los servicios sociales

La línea que ha seguido esta expansión ha dependido más de la fuer-

* Naciones Unidas.

za relativa de las presiones internas de las sociedades y de la disponibilidad de ayuda externa que de una concepción coherente de su lugar en una estrategia para el desarrollo humano.

La educación ha tenido una expansión más rápida y general que cualquier otro sector social, y absorbe una proporción mayor de los recursos estatales.

La expansión de la enseñanza ha afectado a todos los ciclos. La matrícula primaria en la mayoría de los países ha crecido a tasas muy superiores al 3 %, que corresponde al incremento medio anual del número de niños de esa edad.

Sin embargo, la enseñanza primaria latinoamericana sigue adoleciendo de las mismas fallas que se señalaban en el pasado, cuando era más pequeña y atendía a menos niños. Salvo en los países más avanzados en materia de educación, sólo una minoría (y a veces muy pequeña) cursa todo el ciclo primario (generalmente seis grados). Sigue creciendo el desnivel entre la enseñanza primaria urbana y la rural. La tasa de repitientes sigue siendo excesivamente alta. Muchos niños no ingresan a la escuela primaria a la edad "normal" de 6 ó 7 años, sino a los 8 ó 10 años y abandonan las aulas a los dos o tres años.

La característica más notable de las estadísticas latinoamericanas sobre la enseñanza es la desproporción entre las tasas de crecimiento del ciclo primario comparadas con las de la enseñanza media y superior. En la mayoría de los países la enseñanza media creció más rápidamente que la primaria, y en algunos casos con rapidez cuatro veces mayor. En todos los países, menos uno, la enseñanza superior creció en forma mucho más acelerada que la primaria. Hace algunos años, las tasas más elevadas de incremento se hallaban en la enseñanza superior. Las estadísticas más recientes del Brasil muestran una tendencia marcada:

	<i>Matrícula primaria</i>	<i>Tasa de incremento</i>	<i>Matrícula media</i>	<i>Tasa de incremento</i>	<i>Matrícula superior</i>	<i>Tasa de incremento</i>
1970	12.812,000	4.2	4.083,600	12.5	425,500	24.0
1971	13.628,600	6.8	4.578,000	12.1	561,400	31.9
1972 (estimación)	14.523,500	6.1	5.273,600	15.2	694,100	23.6

Estas tendencias indican que el crecimiento de los sistemas educativos ha respondido a presiones que casi no son compatibles con las prioridades declaradas de derechos sociales universales, integración nacional y preparación de recursos humanos para el desarrollo que apoyan todos los gobiernos. Los factores fundamentales incluyen las demandas asociadas a la expansión de los estratos medios urbanos; la elevación de los requisitos de educación formal para optar a los cargos más prestigiosos y mejor pagados, como un medio de restringir el acceso a ellos, y la mayor oportunidad real de ascenso social que ofrece la educación general, si se la compara con la técnica.

Entre las consecuencias cabe señalar demandas de recursos públicos para la educación cada día más difíciles de satisfacer y de conciliar

con las asignaciones necesarias para mejorar la educación primaria; deterioro general de la calidad de la educación porque las instituciones de enseñanza media y superior no encuentran maestros ni tienen servicios e instalaciones complementarios para hacer frente a la marea de estudiantes mal preparados; inquietud crónica y exigencias de cambio revolucionario en la educación, unidas a formidables resistencias a toda reforma coherente de los sistemas educativos; presiones crecientes de los graduados, que no encuentran ocupación en otra parte, por ingresar a los niveles medios y superiores de los sistemas educativos; y en algunos países, presiones sobre los más recientes programas sociales "de participación" que corren el riesgo de transformarse en fuentes de empleo para los estratos medios, más que en instrumentos para superar la marginalización de los estratos inferiores [14].

10. *El desarrollo humano y el cambio social en América Latina*

Puesto que la finalidad del desarrollo es dar a todos mayores oportunidades de una vida mejor, es imprescindible lograr una distribución más equitativa del ingreso y de la riqueza para promover la justicia social y la eficiencia de la producción, elevar sustancialmente el nivel de empleo, lograr un nivel más alto de seguridad de ingreso, y ampliar y mejorar los medios de educación, sanidad, nutrición, vivienda y asistencia social, y salvaguardar el medio.

Así, los cambios cualitativos y estructurales de la sociedad deben ir a la par del rápido crecimiento económico, y las diferencias existentes —regionales, sectoriales y sociales— deben reducirse sustancialmente. Estos objetivos son a la vez factores determinantes y resultados finales del desarrollo; deben ser considerados, por lo tanto, como partes integradas del mismo proceso dinámico, y requieren un enfoque unificado.

Desde el punto de vista del bienestar humano y la justicia social, habría que preguntarse si los aumentos en la producción por habitante que se dan en la mayoría de los países realmente se traducen en un mejoramiento de los niveles de vida. ¿Se están aliviando o reduciendo en intensidad los fenómenos de pobreza extrema y falta de participación económica y social de amplios estratos de la población? ¿Se está volviendo más o menos equitativa la distribución de la riqueza y el ingreso?

Desde el punto de vista de la capacidad de distintos estratos sociales para actuar como "recursos humanos" para el desarrollo, ¿se están volviendo más o menos severas las limitaciones a la producción y la participación societal que derivan de la desnutrición, la enfermedad, el analfabetismo, y las características de marginalidad e inseguridad? ¿Están cambiando en formas favorables al desarrollo las actitudes —determinadas cultural y psicológicamente— hacia el trabajo, el consumo, la innovación, el razonamiento científico, y la cooperación, en las distintas clases sociales? ¿Crece o disminuye la importancia del desempleo, el subempleo y otras formas de mal aprovechamiento de los recursos humanos?

Desde el punto de vista de la capacidad de las sociedades nacionales para seguir funcionando y "desarrollándose" sin colapsos ni transformación violenta, ¿son compatibles las actuales estructuras de poder con el tipo de desarrollo previsto en la estrategia? ¿Se están volviendo más,

o menos, reconciliables con una estrategia coherente de desarrollo, las expectativas, demandas y capacidad de ejercer una presión organizada de las distintas clases y grupos de interés?

¿Existen importantes elementos en las sociedades cuyos intereses o supervivencia son incompatibles de fondo con los actuales estilos de desarrollo, o con los estilos que corresponden a los objetivos fijados en la Estrategia Internacional para el Desarrollo? De ser así, ¿están perdiendo o ganando en importancia tales elementos y cómo están evolucionando su composición y demandas frente a la sociedad?

Desde el punto de vista de la capacidad del Estado, que representa los intereses de la sociedad como un todo, para formular y aplicar políticas coherentes dirigidas al "desarrollo humano", ¿hasta qué punto se han reflejado en las políticas nacionales las proposiciones de la Estrategia Internacional? ¿Hasta qué punto corresponde a los propósitos explícitos del Estado, en nombre del desarrollo y el bienestar humano, la distribución de los recursos, los programas, los servicios y las disposiciones jurídicas adoptadas? ¿En qué grado estas actividades se apoyan recíprocamente o entran en contradicción? ¿Están alcanzando a una mayor proporción de la población que antes? ¿Cuál es su verdadero significado en la vida de los grupos a que llegan? [14].

II. SITUACIÓN DE SALUD DE AMÉRICA LATINA

En el momento actual, como fruto de actividades múltiples de educación médica realizadas a niveles nacionales e internacionales, existe y va tomando cuerpo el criterio de que en la formación de los profesionales de la salud, si bien es meta específica de las Facultades de Ciencias Médicas, deben participar en forma activa y permanente todas aquellas instituciones, que por ofrecer acciones de salud, tienen que estar interesadas en la formación de ese personal para cubrir las necesidades y demandas del país y de las propias instituciones.

La responsabilidad de la formación del personal de salud debe ser compartida por la Universidad, Ministerio de Salud, Seguridad Social, Sanidad Militar, etcétera.

Si aceptamos que la salud es la suprema ley, y que es obligación del Estado velar por que el derecho a la salud de todos los ciudadanos sea satisfecha, será el Estado, por intermedio del Ministerio de Salud, quien defina la política de salud y formule el plan nacional de salud para que la suprema ley tenga cabal cumplimiento.

Como consecuencia de la formulación de una política de salud aparece la necesidad de tomar decisiones sobre los aspectos más sobresalientes de esa política. Fundamentalmente, las decisiones se refieren a la extensión de la cobertura de la población, a la fijación de prioridades para los programas de salud, y al financiamiento, tanto de los programas operatorios en el terreno, como de los programas nacionales de formación y adiestramiento de los recursos humanos, y de construcción y adquisición de equipo, y mantenimiento de edificios e instalaciones [23].

En cobertura, la meta debe ser universal; pero esto es y será un ideal. La protección de todos los ciudadanos tiene que limitarse por la insuficiencia de recursos humanos, materiales y financieros; pero si la cobertura total es imposible, deben arbitrarse todos los medios para que ésta se extienda en el mayor grado alcanzable.

De esta realidad surge la primera pregunta: El sistema general, que da la fisonomía a los países latinoamericanos, y que caracteriza su estructura política y socioeconómica ¿es el apropiado para que el grado mayor de cobertura sea alcanzado?

¿No estamos constatando que para educación y salud se destinan los recursos presupuestarios más exigüos?

¿No estamos constatando que el sistema actual, en varios países, ni

siquiera ha definido una política de salud; peor aún, no ha programado un plan nacional de salud?

¿No estamos constatando que el sistema actual mantiene la pobreza, la miseria, la enfermedad, la ignorancia como pertenencias inarrebatables de las grandes masas populares que vegetan aisladas, junto a la tierra, que un día poseyeron, pero que tiempo atrás, eso sí, les arrebataron?

Si afirmamos que el sistema debe cambiar para posibilitar el paso a las aspiraciones de la comunidad, que no sólo quiere seguridad contra la enfermedad, sino que también anhela alguna mínima seguridad contra la miseria, derecho a la educación, derecho a la supervivencia del ser humano, no deberíamos limitar nuestro esfuerzo y nuestra labor a un diagnóstico de situación.

El diagnóstico está hecho; debemos esforzarnos por señalar el camino o los caminos de cambio, que puede ser radical, total, si ése es el más apropiado.

Hay una interrelación evidente entre el sistema económico y político de los países, con el sistema educacional y de salud.

Se considera que la educación, la ciencia y la cultura son elementos inseparables. El derecho a la salud constituye un logro social en el afán de progreso de los pueblos. En la medida en que el pueblo tenga acceso a un mejor nivel de salud, se darán en él condiciones que permitan el florecimiento de la inteligencia, condicionando una mayor receptividad a la educación, y un mayor desarrollo de la ciencia y de la cultura. A su vez, la salud constituye un elemento trascendente para promover el desarrollo socioeconómico. La salud puede considerarse, por lo tanto, a la vez causa y consecuencia del proceso de desarrollo de la educación, de la cultura y de la ciencia [24].

Los planes nacionales de salud, que deben ser conocidos por las universidades, están señalando la calidad de recursos humanos que deben ser formados, de acuerdo a las prestaciones de salud previstas, y de acuerdo a la capacidad instalada, edificios, instalaciones y equipos.

Las Facultades de Medicina tendrán que estructurar sus pensum de estudio de pregrado y educación continuada con miras a que los recursos humanos formados estén en capacidad de atender las demandas y expectativas de la comunidad y también, en cierto grado, las necesidades de las instituciones.

Los currícula deberán reflejar la comprensión de las Facultades de Medicina y de la Universidad, de la realidad socioeconómica de cada país y del papel activo que corresponde al estudiante de medicina en la realización del currículum.

A) SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD [25] *

1. *Producción de servicios de salud en América Latina*

En los países de América Latina hay competencia de servicios por múltiples organismos, lo que causa un derroche de recursos, cobertura

* La mayor parte de la información proviene del *Documento básico de referencia* de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile, octubre de 1972.

desigual de grupos de población, y encarecimiento de los servicios de salud.

Hay servicios dependientes del Ministerio de Salud, que teóricamente ofrecen cobertura a toda la población; de la Seguridad Social, que atiende en las ciudades a sus afiliados, y los que presta la práctica privada (algunos sistemas de Seguro Social reembolsan una parte o el total de los gastos en que incurran los beneficiarios).

El sector público del Ecuador [26] está compuesto por una gran cantidad de instituciones de distinto orden y envergadura, que operan con un alto grado de autonomía, lo que influye poderosamente en la falta de coordinación sectorial y afecta sobremanera la unidad direccional que pretende darle el Ministerio de Salud. Complementariamente se tiene que el grado de desarrollo económico, político y social de ciertas localidades ha generado en torno a las instituciones de salud radicadas en ellas un poder de opinión pública que dificulta cualquier acción colaboradora del Gobierno Central.

Muchas de esas instituciones se financian con aporte fiscal, ya sea directo o por participación porcentual de leyes tributarias que destinan parte de su rendimiento.

La atomización y desvinculación institucional ha significado el establecimiento de políticas particulares, una multiplicidad de ejecutivos, capacidad instalada desaprovechada y desperdicio de recursos, afectando los servicios de salud a la población ecuatoriana.

Hay notable diferencia en la calidad de prestaciones del Gobierno (Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa), de las instituciones autónomas, y de la Seguridad Social. Esta última brinda la atención médica de la mejor calidad a sus afiliados.

Existen así en América Latina grupos privilegiados que disponen de servicios de alta calidad, mientras que otros no tienen acceso a ninguna clase de atención en materia de salud.

En los servicios relacionados con el medio ambiente la competencia es menor, pero el grado de complementariedad es insuficiente (agua, alcantarillado, eliminación de desechos).

Donde se produce la mayor competencia y falta de complementariedad es en el campo de las inversiones, tanto en lo relativo a la capacidad instalada, como a los recursos humanos.

A pesar de lo dicho, en más de la mitad de los países se viene desarrollando el proceso de planificación del sistema institucional de servicio y de sus actividades. Sin embargo, en los estudios hechos hasta ahora se advierte que los planes de salud que se derivan del proceso son incompletos en cuanto a la cobertura institucional, programática y geográfica.

Existe una marcada escasez para facilitar la cobertura general que idealmente sería necesaria. Once países de la región tienen tasas inferiores a 5 médicos por 10,000 habitantes; la tasa promedio de camas es de 2.3 por 1,000, y la proporción estimada de habitantes por unidad de salud sin camas es de 12,000, como promedio.

2. Alcance de los servicios

El alcance de los servicios de atención médica, tanto ambulatorio

como institucional para los 283 millones de habitantes de América Latina va paralelo con la distribución geográfica de los recursos disponibles.

La concentración de los recursos en las capitales y grandes ciudades es de tal magnitud, que deja casi sin servicios a las zonas rurales.

3. *Actividades que realizan los servicios de salud*

3.1. CONSULTAS

La población asegurada que es el 5 % demanda más consultas, quizá porque ha adquirido conciencia del "derecho a la prestación".

La baja proporción de la demanda en los servicios de los ministerios debe estar en relación, además, con la escasez de la oferta en los grupos menores de población.

3.2. EGRESOS HOSPITALARIOS

Se considera aceptable una relación de 15 egresos por 100 habitantes.

Los egresos van de 0.8 a 10.5 por 100 habitantes.

3.3. INDEMNIZACIONES

No llegan al 40 % de la población susceptible.

3.4. ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL

Es menor del 30 % en las gestantes y menor del 5 % en las puérperas.

La atención del parto en establecimientos hospitalarios fluctúa entre el 25 y el 50 %.

4. *Cobertura*

En las poblaciones de menos de 2,000 habitantes, que constituyen el 45 % de la población total, existe una cobertura del 20 %.

En las poblaciones de 2,000 a 20,000 habitantes, que constituyen el 13 % de la población total, se obtiene una cobertura del 90 %.

En las poblaciones de 20,000 a más de 100,000 habitantes, que constituyen el 42 % de la población, se consigue una cobertura del 100 %.

En toda la población se tiene una capacidad de cobertura del 63 %.

En Ecuador el subsector público y las agencias descentralizadas protegen al 35 % de la población. La Seguridad Social, a un costo elevado de atención médica, al 5 % de la población, y se calcula que el subsector privado venda acciones de salud a un 10 %.

El 50 % de la población se halla desprotegida.

Este porcentaje corresponde en mayor número a la población que reside en localidades de menos de 2,000 habitantes (el 16.8 % de la población total) [27].

B) ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA

1. Cobertura

Ya señalamos el dato de egresos hospitalarios. No hay información sobre consultas. En tres países que tienen, indican más de una consulta por habitante al año.

Esto indica que deben aumentarse los servicios ambulatorios.

2. Morbilidad

En egresos hospitalarios:

- a) Enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, 21.6 %.
- b) Complicaciones pre y perinatales y partos, 36.9 %.
- c) Avitaminosis, desnutrición, anemia, 2.5 %.
- d) Accidentes, 10.0 %.
- e) Otros, 29.0 %.

3. Recursos

En 22 países el 85.6 % de los hospitales tienen menos de 10 camas; esto representa el 34 % del total de camas hospitalarias.

El 73 % corresponde a establecimientos de corta estancia, y el 27 % a establecimientos de larga estancia.

Las poblaciones de menos de 20,000 habitantes disponen de una cama hasta 2.1 por 1,000 habitantes.

En los hospitales de corta estancia hay un término medio de 7 camas por médico.

El número de enfermeras de hospitales es menor que el número de médicos.

El número de camas por enfermera fluctúa entre 1.2 y 42.1.

Más del 70 % de los hospitales con más de 100 camas están bajo la responsabilidad de personal no adiestrado en administración.

C) MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPOS

Las instalaciones y equipos significan una inversión millonaria. Sin embargo, la mayoría de los países no han establecido normas para su mantenimiento, que no es otra cosa que proteger la inversión.

D) ADMINISTRACIÓN, PLANIFICACIÓN E INFORMACIÓN DE SALUD

Son varios los factores que han impedido al sector salud constituirse en un verdadero sistema, entendido éste como "la organización de todos los recursos de salud, disponibles en una nación, para que actúen sinérgica y dinámicamente, en función de una política sectorial, a través del desarrollo estructural y funcional de sus instituciones, la coordinación entre ellas en todos los niveles ejecutivos y administrativos y la operación de un subsistema de información-evaluación-control para la toma de decisiones que haga posibles los reajustes viables y oportunos, en todos o algunos de sus componentes, para conseguir los niveles de eficacia más altos, con la mayor productividad posible".

E) SALUD MATERNO-INFANTIL

En la última década, la mortalidad materna, sujeta a alto grado de subvaloración, fue aproximadamente de 5 a 7 veces más elevada en América Latina (tasas de 13.5 y 18.8 por 10,000) que en América del Norte (2.5 por 10,000).

El porcentaje de defunciones en menores de 5 años en 17 países de la región es superior al 20 % en relación con la mortalidad total; el porcentaje oscila entre el 11.5 y el 52.8 %.

Las tasas de mortalidad infantil y de niños de 1 a 4 años, son en general elevadas, y van del 34 al 101 por 1,000, y del 1.4 al 247 por 1,000, respectivamente.

En lo que respecta a embarazadas, la cobertura es inferior al 30 %.

F) NUTRICIÓN

La desnutrición proteico-calórica es causa de elevada mortalidad y morbilidad en niños menores de 5 años.

Los hallazgos de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez, patrocinada por la OPS, revelan que de las defunciones que tuvieron como causa básica las enfermedades infecciosas, del 40 al 70 % estaban asociadas a deficiencia nutricional.

La prevalencia de estas deficiencias en mujeres embarazadas oscila entre 28.6 y 62.7 %; en mujeres no embarazadas, entre 13.7 y 30.3 %; y en hombres, entre 2.9 y 5.3 %.

Catorce países tienen bocio endémico, con tasas de prevalencia entre el 10 y el 60 %.

Encuestas sobre hipovitaminosis A en 13 países señalan la prevalencia de niveles séricos deficientes.

Las encuestas alimentarias muestran un promedio diario *per capita* inferior a 2,000 calorías, en 7 países de la región. La ingesta total de proteínas diaria *per capita* oscila entre 40 y 116 gramos en 17 países; en 4 países esta ingesta es inferior a 50 gramos.

G) SALUD MENTAL

La prevalencia de psicosis en la región oscila entre 10 y 50 casos por 1,000 habitantes, y las neurosis que necesitan tratamiento médico, entre 50 y 200 casos por 1,000 habitantes.

La incidencia de alcoholismo es elevada. Excede al 5 % de la población mayor de 15 años, en la mayoría de los países.

El problema de la farmaco-dependencia va agravándose cada vez más.

Más del 5 % de los alumnos del nivel secundario consumen sustancias causantes de dependencia de dichas drogas.

La frecuencia de epilepsia fluctúa entre el 1 y el 2 % de la población.

En 8 países, las tasas de mortalidad por suicidio son superiores a 7 por 100,000 habitantes.

H) EL MEDIO AMBIENTE HUMANO

La mayoría de los organismos de planificación nacional no han adop-

tado iniciativas para acometer tareas de planificación ambiental. Al mismo tiempo, diversos organismos públicos sectoriales, en particular los encargados de la protección de la salud, la conservación de los recursos naturales y el desarrollo regional y urbano, han visto en la defensa del medio ambiente un medio para obtener más atención y recursos para su propio trabajo, y la han adoptado con entusiasmo. En la mayoría de los países, por lo tanto, las tareas ambientales siguen estando repartidas en organismos sectoriales con presupuestos muy limitados, y luchando por dar cumplimiento a legislaciones generalmente voluminosas, mal adaptadas a las necesidades actuales, y con pocas posibilidades reales de aplicación [14].

RECURSOS HUMANOS DE SALUD

A) GENERAL

Se reconoce la escasez de recursos humanos en todas las categorías.

Los recursos humanos son las más difíciles de adaptar a nuevas técnicas de atención y situaciones administrativas.

La administración de la salud está sufriendo una transición, del período en que la dirigían profesionales "liberales" a su estado actual de creciente orientación social y estatal.

Por la ausencia de definición de las profesiones de salud, se establecen mecanismos de delegación o absorción de funciones.

1. Existencia de recursos humanos

Hay una disponibilidad de 20.4 trabajadores de salud por 10,000 habitantes, para la región. Esta disponibilidad fluctúa entre 3 y 40 trabajadores de salud para 10,000 habitantes.

2. Estructura profesional

El recurso humano global se distribuye así:

Universitarios	—	45 %
Técnicos	—	12 %
Auxiliares	—	42 %

Esta distribución evidencia una estructura insólita con desviación hacia los niveles superiores.

La insuficiencia de niveles medios es actualmente el problema central del recurso humano de América Latina.

3. Inversión en recurso humano

En 1968, el recurso humano de América Latina y el Caribe representaba una capacidad instalada de 6 930 149 años de educación, con la siguiente distribución de la inversión total:

universitario	67 %
técnico o preuniversitario	9.9 %
primario-formación o adiestramiento	22.7 %

Se estima que actualmente la estructura de la inversión no se ha modificado significativamente, y se distribuye entre:

personal profesional universitario	70 %
personal técnico	10 %
personal auxiliar	20 %

En la mayoría de los países la formación del recurso humano, especialmente el de nivel superior, se encuentra separado del sector salud y sujeto a decisiones del sector educación. La formación del recurso de nivel medio no cuenta con una estructuración, organización y reconocimientos adecuados. En muchas ocasiones responde a necesidades e iniciativas circunstanciales. La formación del recurso de nivel auxiliar no cuenta con los medios financieros adecuados.

B) MÉDICOS

Se calcula que, en 1970, América Latina contaba con 200,000 médicos para una población de 284 millones de habitantes, es decir, un promedio de siete médicos por 10,000 habitantes. Esta cifra varía según los países, y el margen oscila entre 0.8 y 22.2.

El promedio de médicos que sirven a poblaciones de menos de 20,000 habitantes, que representan más del 50 % de la población total, es de 0.55 por 10 mil habitantes.

C) PERSONAL DE ENFERMERÍA

Hay una escasez aguda de enfermeras, 2.3 por 10,000 habitantes.

La proporción de enfermeras por médico 0.3:1 es la inversa de la que debería ser. Esto da lugar a una utilización mala e insuficiente por parte de los médicos, y a los consiguientes riesgos para el paciente.

D) PERSONAL COMPLEMENTARIO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se calcula que hay 26,000 especialistas, técnicos y auxiliares, lo que representa una proporción de 0.9 por 10,000 habitantes.

De acuerdo a sus funciones tenemos:

- Servicios de laboratorio y actividades afines;
- Radiología, radiaciones y actividades afines;
- Salud mental y actividades afines;
- Electromedicina;
- Rehabilitación y fisioterapia;
- Farmacia y actividades afines;
- Nutrición, dietética y actividades afines, y
- Biblioteconomía médica y archivos médicos.

En todas estas especialidades se registra una escasez de personal calificado. Debido a la preparación especializada que recibe, resulta difícil y costoso sustituirlo.

E) PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD PÚBLICA

La proporción de médicos de Salud Pública oscila de 0.01 a 2.07 por 10,000 habitantes:

- Odontólogos 0.06 a 0.50 por 10,000 habitantes;
- Ingenieros Sanitarios 0.001 a 0.18;
- Inspectores de Salud Pública 0.01 a 4.23;
- Enfermeras 0.02 a 0.75.

Hay una gran escasez de los servicios de estadística.

El número de personal de educación en salud es muy variable. Sólo el 30 % de este personal ha sido capacitado en escuelas de Salud Pública.

Hay escasez de personal preparado en materia de nutrición y tecnología de alimentos.

La insuficiencia de los presupuestos de Salud Pública es un importante factor que limita los esfuerzos para preparar un número adecuado de personal que tenga la calidad requerida.

F) PERSONAL ESPECIALIZADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA

De 28 países de la Región sólo 10 tienen programas regulares de educación y adiestramiento en atención médica y hospitalaria.

Los programas varían mucho en cuanto a duración y profundidad de adiestramiento (entre 2 y 18 meses).

Más del 70 % de los hospitales con más de 100 camas están dirigidos por personal que no ha tenido ningún tipo de adiestramiento, en administración.

G) PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD PÚBLICA VETERINARIA

En la mayoría de los países de América Latina los programas de enseñanza de medicina veterinaria son muy limitados e inadecuados.

Hay escasez aguda de personal capacitado para la planificación de programas de salud animal y para el diagnóstico y notificación de la prevalencia de las enfermedades.

La oferta está muy lejos de cubrir la demanda.

H) PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD AMBIENTAL

Un estudio que abarcó 54 universidades de América Latina y el área del Caribe reveló que 58,688 estudiantes de ingeniería estaban matriculados en ellas en 1968.

Unos 16,000 estudiaban ingeniería civil y todos tenían que tomar por lo menos un curso de ingeniería sanitaria. En 17 universidades se ofrecía a los ingenieros civiles la opción de hacer más de un curso sobre ingeniería sanitaria.

La calidad de los cursos era desigual.

COROLARIO

En la medida en que pueden evaluarse por la esperanza de vida al nacer, la mortalidad entre los niños de 1 a 14 años y la incidencia de las enfermedades infecciosas, las condiciones de salud mejoraron apreciablemente en el decenio de 1960, y no hay motivos para dudar de que este mejoramiento continúe en los primeros años del decenio de 1970.

En la ampliación que se ha operado en los servicios de salud ha sido notable la duplicación, el derroche y la falta de equidad, ya que los ministerios de salud, los organismos de seguridad social, los organismos de bienestar, las asociaciones de profesionales, las organizaciones privadas de beneficencia y la práctica médica privada compiten entre sí por algunos sectores de la población, en tanto dejan a otros casi desvalidos.

Las ciudades más grandes siguen disfrutando de mayores ventajas en cuanto a servicios médicos y la infraestructura que influye en la salubridad, de manera que el mejoramiento continuo de los niveles de salud se halla estrechamente vinculado a la urbanización, pese a factores negativos como la contaminación del aire y los accidentes del tráfico.

En tanto que se han ido elevando los niveles de los servicios sociales públicos, con consecuencias favorables para los indicadores de educación y salud, no se observa para la mayoría de los habitantes de más bajos ingresos evidencias significativas de mejoramiento en dos componentes básicos del nivel de vida: el consumo de alimentos y la vivienda.

En cuanto a los alimentos y la vivienda, se combinan para que persista o aun empeore una situación crónicamente insatisfactoria, una reducida demanda efectiva determinada por los niveles de ingreso, sistemas de producción y distribución ineficientes, ciertas consecuencias de la urbanización acelerada con la alta tasa de crecimiento de la población, ciertos efectos de la modernización dependiente de los patrones de consumo, y políticas estatales vacilantes o contraproducentes.

En los países en que es lento el aumento de la oferta de alimentos, fuertes y variadas las presiones por reformar el sistema agrario, onerosos e ineficientes los sistemas de distribución, y bajos los ingresos urbanos, es difícil que el Estado pueda llevar a cabo sus nuevas tareas y conciliar sus diferentes objetivos dentro de una política coherente. Y si se emprende seriamente la redistribución del ingreso, las tensiones se hacen más severas, debido a la relativamente alta elasticidad-ingreso de la demanda de alimentos y la poca capacidad de reacción de los sistemas de producción y distribución [14].

REFERENCIAS

1. Susser Mervyn, D.P.H. *Factores socioeconómicos de la Población y la Sociedad*. Nueva York, N. Y. Cuarta Conferencia Mundial de Enseñanza Médica. Copenhague, 1972.
2. Silver George A., M.D., M.P.H. *Las necesidades de salud individuales y de la comunidad*. New Haven, Connecticut, EE.UU. Cuarta Conferencia Mundial de Enseñanza Médica. Copenhague, 1972.
3. García Juan C. *La educación médica en la América Latina*. O.P.S./O.M.S. 1972.
4. Moreno M. Bernardo. Primer Seminario de Educación Médica de la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina. Guayaquil, 1967.
5. Cueva D. Agustín. *El proceso de dominación política en Ecuador*. Ediciones Crítica. Ecuador, 1972.
6. Teichert Pedro C.M. *Revolución económica e industrialización en América Latina*. Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires, 1963.
7. Teichert Pedro C.M. *Revolución económica e industrialización en América Latina*. Pág. 440. Fondo de Cultura Económica. México-Buenos Aires, 1963.
8. Publicación del Population Reference Bureau, Inc. *Boletín de población*. Vol. III, N° 3, pág. 1. Bogotá, 1972.
9. *Idem.*, pág. 5.
10. *Idem.*, pág. 9.
11. *Idem.*, pág. 11.
12. *Idem.*, pág. 12.
13. División de Estadística y Censos. Junta Nacional de Planificación. Ecuador, 1970.
14. América Latina y la estrategia internacional de desarrollo: primera evaluación regional. Naciones Unidas. XV periodo de sesiones de CEPAL. Quito, Ecuador, marzo de 1973.
15. III Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. *Documento básico de referencia*. O.P.S. Washington D.C., 1972.
16. Veliz Claudio. *Obstáculos para la transformación de América Latina*. Pág. 80. Fondo de Cultura Económica. México, 1969.
17. Choncol Jacques. *Obstáculos para la transformación de América Latina*. Fondo de Cultura Económica. México, 1969, pág. 77.
18. Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de salud*. Pág. 5, 1972.
19. Benton William. *La voz de la América Latina*. Editorial Herrero, S. A. México, 1963.
20. Instituto Nacional de Estadística. *Anuario de estadísticas educacionales. Enseñanza primaria*. Ecuador, 1969-1970.
21. Instituto Nacional de Estadística. *Anuario de estadísticas educacionales. Enseñanza media*. Ecuador, 1969-1970.
22. Herrera Felipe. *Obstáculos para la transformación de América Latina*.

- Fondo de Cultura Económica. Pág. 215, 1969.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Sistema de salud*. Pág. 13, 1972.
 24. Yépez V. Eduardo. *I Seminario Latinoamericano sobre el convenio "Andrés Bello"*. Relato del grupo de trabajo N° 1: "Docencia y servicios." Pág. 52, Maracaibo, 1971.
 25. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, octubre de 1972.
 26. Ministerio de Salud Pública. Junta Nacional de Planificación y Coordinación. Organización Panamericana de la Salud. *Proyecciones cuadrinales* de las actividades de colaboración de la organización con el Gobierno del Ecuador, 1971.
 27. II Censo de población y I de vivienda, 1962. División de Estadística y Censos. Ecuador.

CONCLUSIONES

1. *Sin reformas básicas no hay posibilidad real de desarrollo en América Latina **

Los desafíos que ofrece el mundo contemporáneo a América Latina, son de tres órdenes: a nivel nacional, a nivel internacional y a nivel regional. En lo nacional, para humanizar el desarrollo y hacerlo independiente y autosustentado. En lo internacional y frente a un mundo en cambio, para lograr la participación activa y la defensa efectiva de los intereses latinoamericanos. Y en lo regional, para acentuar el proceso de cooperación, a fin de que América Latina no sea un anacronismo en un mundo de crecientes regionalizaciones.

Ya no se discute que el esfuerzo interno y el ahorro nacional son las bases naturales del crecimiento económico, y que las ilusiones que inicialmente se forjaron respecto a la ayuda externa deben ser recortadas para ajustarlas a la realidad. La ayuda externa sigue siendo valiosa, pero sólo como auxiliar de esfuerzo propio.

Desde luego, el comercio exterior mantiene su condición de pieza clave en todo proceso de desarrollo. Se concibe también que no hay posibilidad real de desarrollo sin reformas básicas. Por otra parte, se ha visto que el mercado, si se le maneja adecuadamente, puede suministrar recursos considerables para impulsar el progreso. "Hay conciencia colectiva de que la mejora es posible. América Latina está en movimiento", pero sería un optimismo irreflexivo creer que con éso se han resuelto los problemas. Es preciso reconocer que persisten significativas contradicciones económicas, que, a pesar de la existencia de pujantes enclaves modernos, en muchos países hay grandes zonas atrasadas; no se ha logrado superar la vulnerabilidad externa, y se sigue dependiendo de los mercados foráneos. Continúa la preocupación por el desequilibrio económico en el sector agrícola, y se observan tendencias deformantes en el proceso mismo del desarrollo económico. En suma: América Latina tiene un largo camino por delante.

Hoy, como hace 25 años, grandes masas de población permanecen excluidas de los beneficios sociales. Hay que preguntarse: ¿a quién y a cuántos beneficia el progreso? Y es preciso admitir que si hay una so-

* Iglesias, Enrique. Secretario Ejecutivo de CEPAL. XV periodo de sesiones de la CEPAL. "El Comercio", 27 de marzo de 1973. Quito, Ecuador.

ciudad de consumo, también hay una sociedad de infraconsumo. Es claro, que ha faltado una política coherente de desarrollo integral; que las políticas sociales han llegado en forma intensa a sectores menores; puede afirmarse que el 50 % de la población vive en condiciones inferiores a las que el continente podría ofrecer. "El mero crecimiento de la producción per cápita no basta: la redistribución de la renta en un régimen de bajos ingresos equivale a la redistribución de la pobreza." Hace falta un aumento sostenido de la producción, conjugado con una política encaminada a eliminar la pobreza masiva que prevalece en América Latina.

El diagnóstico anterior no debe interpretarse como pesimista. ¿Cómo podríamos ser pesimistas, si tenemos un continente con un potencial tan grande? El desarrollo es posible coordinarlo con las metas sociales indicadas. Los desafíos que enfrenta América Latina son los siguientes:

En primer lugar, un continente con un ingreso que supera los 500 dólares per cápita debería estar en condiciones de resolver el problema de la pobreza masiva en el término de una generación, de acuerdo con standards que cada día se deben fijar. No hay duda de que el crecimiento económico es necesario, pero eso sí: solo, no es suficiente. La presión de las mayorías obliga a elegir tasas de crecimiento acordes con objetivos sociales. La planificación no sólo debe hacerse a partir de la inversión y la producción, sino también del consumo.

La planificación debe modificarse y modernizarse para responder a las condiciones del mundo moderno, donde se piensan los problemas a veinte y treinta años de plazo. América Latina no debe quedarse atrás.

¿Cómo instrumentar el crecimiento autosostenido en cada país de la región? A largo plazo, para muchos países ese proceso es insostenible en un marco de dependencia externa, en el que decisiones nacionales que se estiman fundamentales se trasladan al exterior. Desde luego, no se trata de reducir el tema a un simple desarrollismo, sino de considerar todos los factores en juego, que serán distintos según las circunstancias de cada país. Habrá más de un camino para crecer en América Latina; "Los países ya los están ensayando". "El desarrollo no es fácil pero ya está en marcha." Un factor indispensable para la eficacia es la adhesión de las mayorías a la ejecución de los planes nacionales de desarrollo.

El segundo desafío que plantea el mundo moderno a América Latina ya fue examinado hace 25 años por el doctor Presbisch. Las relaciones internacionales se han modificado profundamente y se modifican hoy día de un modo que supera la imaginación. Se ha creado un mundo multipolar, al terminar la bipolaridad de la postguerra y la creación de nuevos focos en el mundo capitalista, con el ingreso del mundo socialista y la creciente importancia del Tercer Mundo.

Al mismo tiempo, han surgido nuevas formas de interdependencia suscitadas por la tecnología y por la introducción de valores y hábitos de consumo. También se ha transformado la empresa moderna, y el crecimiento de las corporaciones multinacionales ha pasado a ser objeto de graves preocupaciones. Han aparecido nuevos problemas, tales como los del medio y la propiedad de los bienes comunes de la humanidad, que se discuten en los foros de las Naciones Unidas, donde deben ser discutidos. A todo esto se agregan otros problemas que afectan al Tercer Mundo, como las crisis recurrentes en los grandes centros, que afec-

tan la estabilidad de las relaciones financieras y comerciales internacionales. Otro motivo de preocupación son las políticas proteccionistas que tienden a adoptar los países industriales en detrimento de los países en desarrollo. Hay una marginación creciente de las corrientes comerciales, salvo algunas excepciones que reduce sus posibilidades de expansión. En consecuencia, es importante que América Latina, como parte del Tercer Mundo, adopte posiciones comunes y aproveche a fondo su poder de negociación, su capacidad de mercado y otros puntos en su haber.

Es también indispensable que América Latina tenga conocimiento profundo de ciertos problemas universales que le afectan directamente. Los cambios que están ocurriendo en las estructuras de producción y consumo de las sociedades industriales; la participación del Tercer Mundo en la reforma monetaria y en las negociaciones arancelarias, y el comportamiento de los países en desarrollo frente a las empresas multinacionales.

Otro desafío que afronta la región es el de la integración, cuyos organismos siguen funcionando a pesar de sus defectos y de los obstáculos con que tropiezan. En un mundo que se integra progresivamente, América Latina debe seguir explorando mecanismos eficaces para lograr su propia integración.

2. *Desarrollo integral* *

El desarrollo no puede obtenerse mediante esfuerzos parciales, en ciertos sectores de la economía o del sistema social, sino a través de un avance conjunto en todos los aspectos. Es sumamente difícil realizar una evaluación del proceso de desarrollo definido en esta forma, ya que no basta con referirse a uno o más indicadores, sino que es preciso apreciar en qué medida el avance conjunto de todos los sectores está promoviendo un nuevo tipo.

3. *América Latina debe plantear nuevas alternativas en los campos social y político* **

La sociedad latinoamericana verá crecer el desequilibrio y la desarticulación de sus estructuras, con la inevitable consecuencia de conflicto político y cultural. Basta comparar los índices de ocupación, ingreso o niveles vitales de hoy con los nuevos promedios mundiales, para apreciar el progresivo deterioro interno de la región. El documento de evaluación de los dos primeros años del decenio preparado por la Secretaría de CEPAL es bastante elocuente también sobre la involución relativa de los indicadores económicos. Incluso cuando examinamos el ritmo de crecimiento regional a una tasa aceptable del 6 %, sabemos que esa cifra no alcanza a la mayor parte los de países y a los estratos más marginados y numerosos de sus sociedades. El mismo documento de CEPAL aporta suficientes elementos para que podamos concluir señalando que

* Moncada, José. Comisión a nivel técnico de CEPAL. "El Comercio", marzo 29, 1973.

** Marcó del Pont, General Guillermo. Jefe del Instituto de Planificación del Perú. XV período de sesiones de la CEPAL. "El Comercio", 27 de marzo de 1973. Quito, Ecuador.

esta acumulación negativa de factores en el proceso global de la región demuestra la subsistencia de los mismos intereses que generaron y perpetuaron el sistema de dependencia y que hoy tratan de detener los esfuerzos propios de liberación nacional.

América Latina tiene que demostrar voluntad y energía suficientes para superar los infecundos esquemas simplemente economicistas del pasado y plantear nuevas alternativas de cambio social y participación política, como fundamentales dinanismos de desarrollo integral y autónomo.

Así podemos contemplar hoy la consolidación de alternativas conceptuales y modelos societales distintos. Aparece en el continente un pluralismo de progresos que revelan la capacidad creadora de nuestros pueblos, que reafirman la decisión de hallar a través de cambios estructurales y cualitativos, nuevas opciones de desarrollo en América Latina.

Para nosotros el desarrollo implica necesariamente alterar de modo fundamental las bases de relación política y económica; aspiramos a una calidad distinta de desarrollo, que no significa la suma de más bienes y servicios, sino que pretende lograr una nueva forma de ser, más humana y más justa.

*4. Estructuras internas y condiciones externas del desarrollo deben cambiar **

Para que América Latina en su conjunto, y cada uno de los países aisladamente, logren los objetivos del verdadero desarrollo, tendrán que ser alteradas profundamente tanto las estructuras socioeconómicas internas como las condiciones externas del proceso.

Dentro del cambio de las condiciones externas del proceso hay que alterar, de manera particular, las relaciones entre América Latina y el centro externo en el que se encuentra el origen principal de su subdesarrollo histórico y el obstáculo mayor, en estos días, a su ya inaplazable desarrollo: Estados Unidos.

Lo que importa subrayar ahora es que el análisis científico de la economía de América Latina nos repite el conocido cuadro de estancamiento o regresión económica, con su secuela de desempleo, analfabetismo, y desnutrición.

Para nosotros el desarrollo implica que el incremento económico se realice no en cualquier sector o rama sino, precisamente, en aquellos sectores o ramas que resultan claves para garantizar el proceso global y armónico de crecimiento autosostenido.

Para que se impongan en el terreno internacional, lo mismo en lo que concierne al comercio exterior que en lo que atañe al financiamiento, términos que mejoren las circunstancias actuales en que nuestros países se ven cada día más distantes del nivel internacional que la ciencia y la técnica permiten alcanzar a los países industrializados, hará falta todo un periodo de lucha.

No será tratando de obtener dádivas aisladas a cambio de sometimiento y compromisos como se obtendrá la victoria. No ha de ser éso, sino con la denuncia de la agresión como hemos de imponernos.

* Rodríguez Carlos, Rafael. Viceprimer Ministro de Cuba. XV periodo de sesiones de la CEPAL. "El Comercio", 27 de marzo de 1973. Quito, Ecuador.

Los pueblos de Latinoamérica no están suficientemente maduros para integrarse, sin embargo de lo cual, solamente unidos, aunque sea con regímenes políticos diferentes, podrán salir adelante y tendrán capacidad de negociación.

5. *Se requiere nuevo orden económico internacional más justo y duradero**

“La dinámica del actual proceso económico internacional juega en contra de los países del Tercer Mundo. Por ello es necesario impulsar una corriente sostenida y concertada tanto desde afuera como desde adentro para contrarrestar esa dinámica en sus efectos negativos para estos países y proteger y promover así sus legítimos intereses.”

“No se puede afirmar que lo que es bueno para los países desarrollados es bueno para los países en desarrollo; en parte lo es, pero no basta. Los pobres no se pueden contentar con el reflejo o la recaída de la prosperidad de los ricos. Ello es tan falaz en lo que respecta a las relaciones económicas internacionales como en lo que respecta a la situación económica interna de los distintos países.

Nos hallamos en verdad, en una situación de gran fluidez generadora de incertidumbre y hasta de desconcierto. Pero al lado de los peligros que encierra, suscita esperanzas porque brinda la oportunidad de reestructurar, sobre bases nuevas y más justas, el sistema de relaciones económicas internacionales.

El concepto de ayuda propia y autodeterminación económica parte del reconocimiento de que, si bien la ayuda externa es indispensable en diversos grados, constituye ante todo un elemento complementario al esfuerzo interno. La ayuda externa cuando se orienta positivamente sirve de estímulo para una mayor movilidad y mejor aprovechamiento de los recursos nacionales. Estamos todos conscientes de que debemos combinar en forma adecuada los objetivos económicos con los objetivos sociales, entre los cuales se destaca una mejor distribución de la riqueza y el más alto nivel posible de empleo.

Lo importante es evitar la formación de bloques estancos, ya sea en países en desarrollo, ya sea en países desarrollados, y un énfasis exagerado en el enfoque hacia adentro que no esté lo suficientemente equilibrado con un enfoque hacia afuera. No se pueden resolver los problemas de cada país por separado, con atención exclusiva a preocupaciones internas, por más legítimas que éstas puedan ser. Existe el peligro, en las actuales circunstancias —peligro que está lejos de ser teórico— de que con semejante actitud, especialmente por parte de las naciones poderosas, se desencadene una guerra comercial donde unos y otros llevarían todas las de perder, en especial las naciones débiles, cuyo desarrollo se vería gravemente comprometido. Por fortuna, parece existir un denominador común en las preocupaciones de los países en los actuales momentos: la de estructurar y poner en marcha un nuevo orden económico internacional más justo, y por lo tanto, duradero. Esta meta es imposible lograrla si no se acometen a la vez acciones coordinadas

* Pérez Guerrero, Manuel. Secretario General de la UNCTAD. XV periodo de sesiones de la CEPAL. “El Comercio”, 24 de marzo de 1973. Quito, Ecuador.

sobre un amplio frente, buscando soluciones a los distintos problemas, aun cuando éstas aparezcan en forma escalonada, pero dentro de un marco de conjunto.

6. *Hay que redoblar esfuerzos por aumentar la producción agrícola de América Latina**

América Latina ha hecho grandes esfuerzos para aumentar su producción agrícola, pero frente al enorme crecimiento de la población, tendrá que redoblar esos esfuerzos.

De acuerdo a expertos demográficos internacionales, América Latina casi triplicará su población para fines de siglo. Desde el punto de vista agrícola alimentario sólo para que la situación siga proporcionalmente como está, la región deberá también triplicar su producción agrícola. "Y si tenemos en cuenta que la situación actual no es precisamente la que podemos calificar de ideal, vemos que en América Latina debere- mos aumentar la producción del agro mucho más que el triple si que- remos mejorar la realidad de los pueblos del continente. Esto sin tener en cuenta las necesidades de otras partes del mundo que necesitarán desesperadamente alimentos, y que ven en América Latina un posible proveedor de los mismos."

Es la necesidad de que en los programas de desarrollo de cada país tenga primerísima importancia la planificación agrícola, con todo lo que ésta significa, desde la producción hasta el mercado.

Es imperativo que se reconozca la necesidad de un mayor respeto por el trabajador rural, respeto éste que, sumado al desarrollo de las fuentes de trabajo, ayudará si no a detener, al menos a hacer mermar considerablemente el enorme éxodo de los campesinos hacia las ciudades, llevados por ilusiones de progreso que se ven luego transformadas en la formación de cinturones de pobreza alrededor de la mayor parte de las grandes ciudades de América Latina.

No puede haber desarrollo en esta parte del mundo mientras el campo esté olvidado. Mientras sólo se piense en él como fuente, ignorando el hecho de que para que sea tal, es necesario mantener una preocu- pación constante sobre su gente y su estado, construir caminos que per- mitan el fácil traslado de los productos a los mercados; hospitales que den al campesino la tranquilidad de que su familia está sanitariamente protegida; la instalación de universidades y escuelas técnicas que den a ese mismo hombre la seguridad de que sus hijos podrán adquirir conoci- mientos que en muchos lados son sólo exclusividad de las capitales o grandes ciudades; industrias que permitan a la juventud conseguir otra ocupación que permitan a la juventud conseguir otra ocupación que aque- lla que ofrece la tierra misma.

7. *Al referirnos a la situación de salud de América Latina, queremos hacer nuestro lo expresado por Antonio Meza Cuadra.***

Desde épocas pretéritas se ha señalado que las condiciones de vida de

* Samper, Ingeniero Armando. Subdirector y Representante Regional en América Latina de FAO.

** Meza Cuadra, Antonio. *Nivel de vida y salud*, pág. 11. Lima, Perú, 1972.

una Comunidad, influyen decisivamente en la salud de sus integrantes. La forma en que habitualmente vive el grupo social y el modo como satisface sus necesidades básicas, constituyen los factores más importantes que condicionan el estado de salud o enfermedad de la población. A un determinado nivel de vida corresponde una determinada realidad de la salud colectiva.

Las características de nuestro ejercicio profesional, que nos pone en contacto con el pueblo, y por lo tanto, nos permite la vivencia de los efectos negativos de la pobreza, comporta una grave e ineludible responsabilidad. Ella debe ser no sólo contribuyendo a despertar la conciencia de la Sociedad, sino definiendo cuantitativamente las necesidades básicas mínimas: alimentación, vivienda, educación, trabajo, vestuario y recreación, y señalando enfática e inflexiblemente, que sin ellas no hay salud.

Éste es el marco auténtico para discutir el problema, marco que ningún médico debe silenciar ni olvidar. El trasfondo toca con la necesidad de lograr formas de organización de un país y de una sociedad que, siendo más justas y más humanas, remuevan irreversiblemente los factores que provocan, entre otras cosas, los problemas que discutimos en este trabajo.

8. *El nivel de salud está influenciado por el bajo ingreso económico, que tiene relación directa con la mala alimentación de un alto porcentaje de población.*

La baja producción o el que pueda haber crecimiento económico, pero sin desarrollo económico social, es decir, producción sin justa y adecuada distribución, tiene que generar desocupación, subempleo y salarios bajos; ello condiciona niveles de vida reducidos (desnutrición, ignorancia, hacinamiento) que son responsables de enfermedad. La elevada morbilidad propicia que la infraestructura sanitaria y las inversiones en salud estén orientadas, fundamentalmente, a las actividades curativas, descuidándose las inversiones en prevención y promoción de la salud; ello provoca más enfermedad, contribuyendo a cerrar el círculo. Se estima que, aproximadamente, sólo el 14 % del gasto en salud se dedica a las acciones preventivas, invirtiéndose casi la totalidad del presupuesto del sector en las acciones propias de la recuperación de la salud. Asimismo, la constante enfermedad, la mayor invalidez y la más baja expectativa de vida hacen que el rendimiento del hombre se encuentre disminuido, contribuyendo a mantener un nivel de producción inadecuado.

9. *Nutrición **

Lo que más nos ha impresionado en la evaluación de la estrategia del desarrollo (CEPAL) es el hecho de que la mitad del continente siga subalimentado. Un millón de niños muere anualmente en América Latina a causa de esta subalimentación. Pero lo que es más aún es que

* Esguerra Barry, Roberto. Director Regional de UNICEF. XV periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina. "El Comercio", marzo 28, 1973.

gran parte de los que sobreviven quedarán incapacitados para participar activamente en el desarrollo, por falta de alimentos.

La responsabilidad del Estado para llevar a cabo las políticas de alimentación y nutrición es compleja. Debe incluir acciones dirigidas a la tenencia y utilización de la tierra; acciones de apoyo para una mejor producción de alimentos; investigación, crédito, insumos, extensión rural, asistencia técnica y precios estimulantes para el producto, transporte y comunicación, fomento de la industrialización de alimentos, redistribución de ingresos por medios tributarios, redistribución del gasto público, reforma agraria por las vías políticas; reforma de empleos, laboral y de salarios o de participación popular; educación, saneamiento ambiental y, en fin, todas las acciones de salud tendientes a disminuir la prevalencia de las enfermedades nutricionales.

Este enfoque global requiere una cuidadosa planificación integral. El desarrollo social no es el simple aumento de servicios que beneficien a la infancia y a la familia. Requiere cambios estructurales profundos y una racionalización del uso de los recursos destinados a los sectores sociales, así como una movilización de las propias comunidades, si se desea positivamente alcanzar a los grandes grupos marginados.

10. *La multiplicidad de Instituciones del sector salud crea:*

1. Dispendio de recursos.
2. Mala utilización de los recursos existentes.
3. Encarecimiento de los servicios.
4. Duplicación de funciones.

11. *La distribución del gasto en el sector salud entraña injusticia social;*

Hay desigualdad en la calidad de prestaciones y su costo revela una situación anárquica. Existe un pequeño sector de la población que recibe atención médica de alta calidad y la gran mayoría de la población que recibe una atención médica deficiente, o no recibe atención alguna.

12. *El sector salud debe dar especial atención a los servicios médicos a enfermos.*

Están más o menos abandonados los servicios dedicados a la protección y fomento de la salud. Los servicios de rehabilitación son escasos.

13. *Los planes nacionales de salud deben perseguir como meta la salud integral y la cobertura universal.*

14. *Los gobiernos deben asumir la responsabilidad que les corresponde, integrando y coordinando todos los recursos humanos y materiales de que disponen las Instituciones del sector salud.*

Todos los recursos deben dirigirse a conseguir la salud integral, calidad igual en las prestaciones de salud, y el grado mayor posible en cobertura. Todos aceptamos la realidad de que el sistema socioeconó-

mico y político de América Latina jamás podrá ofrecer a la población la cobertura total.

15. *Para los gobiernos, debe constituir prioritaria preocupación las elevadas tasas de mortalidad y de morbilidad infantil; Éstas deben disminuir con programas de protección y fomento de la salud. Igual afirmación podemos asertar en cuanto a las tasas de enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, que obligatoriamente deberían ser evitadas.*

16. *No es aceptable que el sector salud disponga dentro de los presupuestos estatales de las cantidades más exiguas; Esa realidad relleva la contradicción existente en algunas declaraciones de los planes nacionales de salud. Y nos pone de manifiesto que el sistema imperante se opone al derecho a la salud de los individuos, y que quizá sólo se preocupa de defender la salud de los que hacen la fuerza laboral, sirviendo a los intereses de las minorías dominantes y sostenedoras del sistema.*

17. RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. PROYECCIONES PARA 1980 *

América Latina y Caribe: RECURSO HUMANO DE SALUD

<i>Categoría</i>	<i>Existencia 1969-1970</i>	<i>Disponibilidad esperada 1980</i>	<i>Diferencia</i>	<i>Número a formar en la década **</i>
Médico	186,000	300,000	114,000	165,000
Odontólogo	54,000	75,000	21,000	36,000
Farmacéutico	18,000	26,000	8,000	13,000
Veterinario	17,000	26,000	9,000	14,000
De enfermería:				
Enfermeras	61,000	167,000	106,000	127,000
Auxiliares	239,000	539,000	300,000	375,000
Complementario de diagnóstico y tratamiento:				
Médico	26,000	113,000	87,000	98,000
Odontólogo	18,000	72,000	54,000	61,000
De Salud Pública ***	42,000	93,000	51,000	64,000
Total	611,000	1,411,000	750,000	953,000

* Reunión especial de Ministros de Salud de las Américas. Santiago, Chile, 1972. Documento básico de referencia.

** Se tiene en cuenta una atrición profesional estimada de 2.5 % anual para el recurso existente y 0.5 % para el nuevo recurso.

*** Incluye ingenieros, inspectores sanitarios, asistentes sociales, estadísticos, educadores sanitarios y otro no considerado.

ANEXO 1

ESTUDIO ECONÓMICO DE AMÉRICA LATINA, 1972 *

El brusco viraje en las tendencias del comercio exterior es, sin duda, la principal característica que distingue a 1972.

En términos reales, o sea a precios constantes, el aumento de las exportaciones fue bastante menor, pero de todos modos significativo: 5.4 % en 1972 frente a 0.4 % del año anterior; y en las importaciones se registró un ritmo levemente inferior de 6.1 % en 1972 frente al 6.5 % de 1971.

Los cambios registrados en el comercio exterior no repercutieron mayormente sobre la conducta del producto interno bruto, pues lo mismo que en 1971 el crecimiento PIB no fue afectado por los resultados del sector externo. Pareciera ser que se requieren periodos más largos para que ambos registros y fenómenos puedan influirse con mayor acento.

Si se considera el crecimiento de la población, se comprueba que el producto por habitante para el conjunto de países creció en aproximadamente 3.5 %, tasa que disminuye a 2.3 % si no se computa a Brasil.

La inversión bruta interna aceleró su ritmo de crecimiento en el último bienio; así, pasó de una tasa de 6.6 % en el periodo 1966-1970, a 8.9 % en 1971 y 11.2 % en 1972. Por su parte, en 1972, el incremento del consumo total fue inferior al logrado en el periodo 1965-1971; y dentro de él se advierte una tendencia al aumento del público.

Un análisis sectorial muestra que en 1972 fue débil el movimiento de la agricultura y la minería, mientras la industria manufacturera, la construcción, los servicios básicos y otros servicios crecieron a tasas superiores al promedio de la región.

El sector agropecuario creció en 1.7 %, es decir a un ritmo inferior al del crecimiento de la población y que está por debajo del obtenido en años anteriores.

El sector que creció más rápidamente fue el de la construcción (9.5 %), con tasas que sobrepasaron ese promedio en ocho de los diecinueve países considerados. Por último, los servicios básicos y otros servicios crecieron a 6.8 y 7.2 %, respectivamente.

Desde otro ángulo, un análisis de la evolución de los precios al consumidor muestra cuatro agrupaciones de países. La primera comprende a cuatro países que tienen una inflación activa, que en 1971 estuvo relativamente controlada —oscilan entre el 20 y el 35 %— pero que en 1972 recrudeció en tres de ellos. De tal modo, en Argentina, Uruguay y Chile se registraron tasas que van de 58 a 78 %, mientras en Brasil existió una leve disminución. El segundo grupo se refiere a países con inflación moderada, que en 1971 varió entre el 4 y el 9 % y que en 1972 se elevó del 6.5 al 14 %. A continuación, figuran los diez países con una relativa estabilidad, que continuaron esa tendencia, con leves variantes. Por último, un cuarto agrupamiento reúne a tres países —República Dominicana, Paraguay y Trinidad y Tobago— que tradicionalmente han tenido

* Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina, marzo 13 de 1973.

estabilidad, pero cuyos precios se elevaron en el último año entre el 9 y el 11 %.

En 1972 el valor corriente de las exportaciones de bienes y servicios de América Latina, aumentó en 13.4 % es decir se superó sustancialmente la tasa inferior al 4 % registrada en 1971.

Las importaciones continuaron creciendo a la alta tasa, igual o inferior en promedio al 10 % anual, que se viene observando a partir de mediados del decenio de 1960 y, concretamente, aumentaron el 12 % en 1972.

Si bien el déficit comercial de la región disminuyó levemente entre 1971 y 1972, el incremento que tuvo lugar en la salida por concepto de pagos netos de utilidades e intereses, aumentó en alrededor de 200 millones de dólares el déficit en cuenta corriente del conjunto de países de América Latina, alcanzando éste a más de 4,900 millones de dólares.

Durante 1971 se produjo una disminución de precios que alcanzó a la mayoría de los productos, con la notoria excepción del petróleo. En cambio, la situación revivió en 1972, con un aumento del índice general del 12 %, que alcanzó a todos los productos, con la sola excepción de la harina de pescado y el cobre.

Durante 1972 el intercambio comercial dentro de la región registró una expansión del 20 %. Es así como la significación de este comercio en relación al monto total de las exportaciones latinoamericanas se elevó del 13.6 % en 1971 a 14.5 % en 1972, no obstante que las exportaciones totales registraron también un significativo aumento, a diferencia de lo sucedido el año anterior.

La gran mayoría de los países de la región participaron del mayor valor que alcanzaron las transacciones.

En 1972 se produjeron, eso sí, profundos cambios en los montos de las transacciones de algunos países, que hicieron que variaran intensamente y aún cambiaran de signo los saldos de su intercambio con otros países latinoamericanos.

La relación entre los saldos del intercambio y el monto del intercambio regional que había disminuido de 0.17 a 0.15 entre 1970 y 1971, aumentó a 0.3 en 1972, lo que está indicando que se ha acentuado el desequilibrio comercial entre los países.

Mientras el monto del comercio intrarregional aumentó en un 20 % durante 1972, el de los países del Grupo Andino aumentó en 48 %, pasando a representar casi el 10 % del comercio de la región. Entre tanto el comercio dentro de la ALAC se expandió al 22 % (considerados los países del Grupo Andino) y el del Mercado Común Centroamericano en 15.6 %.

COMENTARIO OFICIAL — TEMA I

REALIDAD SOCIOECONÓMICA Y SITUACIÓN DE SALUD EN LA AMÉRICA LATINA

Por Julio ALBÁN HOLGUÍN *

Introducción

La ponencia en general constituye una recopilación de conceptos ideológicos por una parte y un análisis crítico a diversas situaciones en América Latina. La complejidad del tema, la dificultad que ofrece el hacer comentarios generales y transportarlos a situaciones particulares en los países de América Latina, es sin duda alguna el principal obstáculo que se encuentra para el análisis del presente documento.

Es una presentación que demanda gran experiencia y conocimiento del tema por parte del autor, y que sin duda alguna dará pie para interesantes comentarios y discusiones durante la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Por otra parte, existe un creciente interés, demostrado por la mayor parte de las escuelas de medicina en América Latina, por producir cambios estructurales en la educación médica, haciéndola más racional. Este tipo de cambios debe basarse en un análisis de la realidad socioeconómica y de salud en cada país, lo cual es el primer mensaje positivo que presenta el documento.

El médico que América Latina necesita

¿Se considera en sentido absoluto a las fuerzas sociales y económicas como únicas determinantes de las formas que toma la educación o existen otros determinantes como factores políticos, tendencias en el estudiante etc., que influyen en igual forma? Estos diferentes grupos de fuerzas, al transportarlos al sector salud, considera el autor "dan forma a las necesidades sanitarias y a la educación médica". Hoy estos conceptos se consideran con una terminología más amplia, que se refiere a las necesidades sentidas por la comunidad en materia de salud, y a la educación del personal de salud (médico, paramédico, auxiliar, etc.).

* Doctor en Medicina. Coordinador de Medicina de la Comunidad, de la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina; Bogotá, Colombia.

“Solamente un ideal que se concentre en las *necesidades sanitarias* de las comunidades, puede vencer la separación entre la educación médica y las necesidades sanitarias.” Considero, de acuerdo al título del mismo artículo, que ese ideal se podría ampliar a las necesidades sentidas en materia de salud y las condiciones socioeconómicas de las comunidades para vencer la separación existente entre la educación del personal de salud y dichos factores.

Existe generalmente un acuerdo en cuanto a considerar al estudiante no como objeto pasivo de la enseñanza, sino como sujeto activo. Sin embargo, existe discrepancia por parte de estudiantes y profesores para definir los límites de dicha acción. Por ejemplo: existe reacción por parte de estudiantes de medicina de pre y post-grado a aceptar “más prácticas” por considerarlas labores asistenciales que restan tiempo a la docencia.

Realidad socioeconómica de América Latina

1. Crecimiento de la población:

El problema demográfico, como bien lo considera el autor, no es un problema aislado. La pregunta: ¿podrá plantearse como solución el control de la natalidad? es una pregunta aislada; lógicamente su respuesta no corresponde al problema demográfico.

La pregunta debe ser formulada como parte de un todo en el que intervengan la transformación económica, social, educación, investigación y la planificación familiar como parte de estas determinantes.

2. Urbanización:

Al analizar las causas que motivan la migración, algunas de las cuales son enumeradas en la ponencia, considero difícil generalizar. Los estímulos que motivan al campesino a migrar son diferentes de un país a otro. Por ejemplo, en Colombia uno de los principales estímulos fue la violencia rural de los años 50, que condujo a la migración como simple recurso del instinto de conservación.

Por otra parte, las mismas reformas sociales, la reforma agraria, por ejemplo, trae como consecuencia inmediata un “desempleo” en el campo, al aplazar nuevas inversiones.

Las grandes pérdidas por los continuos cambios meteorológicos a que se han visto sometidas algunas plantaciones en los países de América Latina, traen como consecuencia también una “desocupación” en el campo, que estimula el proceso migratorio.

3. Producción:

Este capítulo es tal vez el más complejo de analizar. Las condiciones comerciales en América Latina están sujetas a muchos cambios, pero no siempre negativos. El café colombiano, por ejemplo, producto básico, está siendo pagado en los actuales momentos al precio más alto (US. \$ 0.74) en los últimos años.

La economía tiene 3 etapas:

- Economía primaria: suelo y subsuelo, básica en América Latina.
- Economía secundaria: o de manufacturas, correspondiente al sector industrial.
- Economía terciaria: o de producción de servicios, donde se encuentran, por ejemplo, los países nórdicos y Estados Unidos.

Nuestro producto nacional bruto (PNB) proviene principalmente de suelo y subsuelo (1ª etapa) y estamos en el proceso de pasar simultáneamente a la 2ª y 3ª etapas.

Respecto de la economía secundaria (industrial), nuestro desarrollo debe centrarse en los productos competitivos en calidad y precio, por ejemplo, industria textil; en este caso estamos aprovechando nuestra base de economía primaria, más una mano de obra barata, comparada con los países desarrollados.

No se debe utilizar recursos en industrias que no sean competitivas en calidad y precio; la 2ª etapa, "servicios", es un mecanismo retro-alimentador de las otras dos etapas. Por ejemplo, las comunicaciones, en cuanto a que los productos de la "economía primaria" podrán ser transportados a un menor costo.

La realidad latinoamericana nos coloca en una deficiencia en cuanto a dos tipos de recursos:

a) Humano. b) Técnico.

Es lógico que necesitamos de capital y técnica para elevar el rendimiento de nuestra economía básica.

Nuestra dependencia económica de Estados Unidos tiene su explicación en un análisis retrospectivo, pues los países europeos en la post-guerra no eran *consumidores*. Hoy sí son grandes consumidores, y es así como gran parte de nuestros productos van preferencialmente a Europa y otros países consumidores. El café de Colombia, por ejemplo, a pesar de ser Estados Unidos el primer consumidor, va en gran parte a Europa. La carne, por ejemplo, tiene su mejor mercado en Europa, e igual podría decirse del banano y los cueros.

Es claro que todos los países latinoamericanos buscan su independencia económica. Ya el mismo presidente Lincoln anotaba:

"No tendremos la independencia política hasta no tener la independencia económica."

Los capítulos siguientes:

4. Distribución del ingreso.
5. Tenencia de la tierra.
6. Reforma Agraria.

presentan aspectos interesantes, pero difíciles de considerar bajo un marco general para Latinoamérica. Juega un papel muy importante el problema del desempleo entre los jóvenes, que implica un doble problema social.

Respecto de la tenencia de la tierra, no debe desconocerse que el mayor terrateniente en América Latina es el Estado. El latifundio no representa mayor problema, pues sólo tiene dos alternativas: o produce

o se expropia El minifundio sí representa un problema económico-social.

Dentro de los subgrupos que el autor considera para el campo, existen características no aplicables a todos los países latinoamericanos. Por ejemplo, los considerados indigentes, incluyen grupos rurales de plantaciones de caña de azúcar, los cuales en el caso particular de Colombia, están en las mejores condiciones de trabajo, salario y seguridad social.

Respecto de la Reforma Agraria, hay un concepto generalizable que vale la pena destacar: "Lo que se necesita es un conjunto de leyes que obliguen a poner en producción todas las tierras ahora ociosas, y que hagan más efectiva la percepción de impuestos sobre la tierra."

Respecto a la producción agraria, es claro que para entrar en la "revolución verde" ("The green revolution"), necesitamos de técnica y equipos, más un recurso humano de alta calidad.

Debe considerarse el aumento de la productividad paralelo en otras áreas, por ejemplo, los recursos oceánicos, controlando la pesca indiscriminada, que atenta contra los ciclos biológicos.

7. Sistema tributario:

Es cierto que nuestro sistema tributario es deficiente, pero es difícil generalizar en cuanto al concepto de que la riqueza en América Latina no paga impuestos en absoluto. Los gobiernos todos son conscientes de este problema, y las estadísticas demuestran un aumento en las recaudaciones, el cual sólo llegará al máximo cuando la conciencia tributaria del hombre latinoamericano cambie.

8. Industrialización:

Es importante destacar el concepto de incremento de los mercados nacionales pequeños, mediante una política de desarrollo industrial integrado. Ejemplo: Grupo Andino.

Por otra parte el proceso de revolución industrial debe preceder al de revolución agrícola, y más aún, complementarlo.

"Esto sólo puede lograrse mediante la combinación de la reforma agraria, industrialización, e integración económica regional."

9. Educación:

Es evidente el esfuerzo que los gobiernos de América Latina han puesto en la educación. En Colombia, por ejemplo, el 30 % del presupuesto nacional es destinado a educación, y esto se refleja en una disminución de la proporción de analfabetismo de un 70 % en la pasada década, al 42 % en el presente.

Hay un factor importante a considerar, y es el índice de deserción escolar y los factores que influyen, por ejemplo:

a) Analfabetismo de los padres.

b) Deficiencia en el estado de salud y nutrición del niño.

Muchas veces los padres, por ignorancia, no entienden el valor de la educación, y consideran de más prioridad utilizar esos "brazos" tempranamente en las labores domésticas o del campo.

Situación de salud en América Latina

Es evidente un mejoramiento en las condiciones de salud en la pasada década, como lo anota el autor, y no hay motivo para dudar de que este mejoramiento continúe en los próximos años del decenio de 1970.

Es importante definir, por parte de los países, una política racional de salud que evite duplicaciones, el derroche y la falta de equidad.

Los organismos de seguridad social, por ejemplo, tienen muy bajas coberturas a un alto costo; sus presupuestos en la mayoría de los casos superan el total de la asignación de salud para el país.

Los países en general tienden a aumentar sus recursos para salud; en Colombia, por ejemplo, la tercera parte del presupuesto nacional es para salud y educación. Sin embargo, este aumento no se refleja proporcionalmente en un aumento real de las coberturas.

Los países deben buscar, en última instancia, una integración de los servicios, o al menos una coordinación, cuando aquélla no es posible.

Debe existir una mejor comunicación e integración entre la Universidad y la red gubernamental de servicios.

Deben estimularse programas de medicina de la comunidad, que en base a nuevas estrategias, logren mayores coberturas y una mejor utilización de la red de servicios por parte del personal que se entrena en ciencias de la salud. El hecho de que los países busquen metas y objetivos bastante semejantes, permite una mejor comparación y una visión general del panorama latinoamericano.

Finalmente, vale la pena destacar el esfuerzo que están realizando la mayoría de los países en materia de investigación en planeación y salud, y en la revisión de los sistemas tradicionales de prestación de servicios.

COMENTARIO OFICIAL — TEMA I

REALIDAD SOCIOECONÓMICA Y SITUACIÓN DE SALUD DE AMÉRICA LATINA

Por Domingos DA SILVA GANDRA JR.*

El estudio completo de la realidad socioeconómica de América Latina comprendería una variedad de aspectos que no se puede pretender agotar en sólo un trabajo.

Por otro lado estos estudios pueden realizarse en diferentes niveles: pueden consistir de una constatación de la realidad económica y social a través de indicadores, o pueden incluir un análisis comparativo de ellos y llegar a una interpretación del significado y consecuencias de tales indicadores.

En el trabajo que comentamos, el Dr. Yépez nos presenta un estudio de nuestra realidad, tratando algunas variantes de la estructura económica y social, tales como variantes demográficas, sistema y medios de producción, distribución de la renta, estructura agraria y estructura educacional, además de los procesos de urbanización y cambio social. El autor procura presentar una visión general de la realidad latinoamericana y llega incluso a buscar algunas explicaciones para el comportamiento de ciertas de las variantes abordadas en su trabajo.

El gran mérito de este trabajo está en la constatación de una realidad que si por un lado es similar en muchos aspectos, por otro lado presenta, a pesar de esta similaridad, una gran diversificación.

No será el propósito de este comentario poner de relieve el esfuerzo y la contribución que el trabajo representa. Ya hemos acreditado que esto es evidente por sí mismo. Tampoco representaría una contribución significativa el agregar al trabajo nuevos datos porque esto no traería, a nuestro ver, una mejor comprensión del problema. Vamos a limitar nuestro comentario a algunos aspectos teóricos que nos parecen importantes y en los que parece residir la limitación del trabajo comentado.

Conforme se puede comprobar por el trabajo que comentamos, los países de América Latina tienen origen común en la expansión de las naciones europeas y en un proceso de colonización bastante similar, aunque se pueden notar algunas diferencias significativas entre la colonización portuguesa y la española.

* Profesor de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.

Por otro lado se puede comprobar igualmente una estructura social y económica en la cual una serie de elementos son coincidentes, y además de esto, una preocupación común por el proceso de superación y desenvolvimiento.

Más si consideramos esta realidad, verificaremos que a pesar de las características comunes, cada aspecto de las naciones latinoamericanas presenta grandes particularidades. Estas particularidades se manifiestan no sólo en los sectores económicos y sociales, sino también en los procesos de política de acción. Un buen ejemplo de esto nos es dado por el autor cuando analiza la estructura demográfica y nos dice:

"... todos los países o apoyan o toleran los programas de planificación familiar, pero pueden dividirse en tres grupos, según la actitud que toman frente a ellos..."

Para aclarar bien este punto también se podría tomar en cuenta el proceso de industrialización, en el que se perciben estas particularidades, pues los países latinoamericanos están en diferentes niveles en este proceso. No se podría, por ejemplo, equiparar los niveles de industrialización de Argentina y Brasil con Guatemala y El Salvador, aunque se pueden identificar algunas características comunes.

Por más que el Dr. Yépez procure muchas veces ir más allá de una mera descripción de la realidad latinoamericana tratando de establecer líneas generales de semejanza de esta realidad, la gran limitación del trabajo reside en la ausencia de un esquema teórico que permita explicar las semejanzas y diferencias de esta realidad más allá de su inserción en el plazo internacional.

Más ese marco teórico existe en la realidad y a su vez constituye otra dificultad. Sería interesante notar que la naturaleza de esta dificultad se vincula, inclusive, a la propia condición de América Latina, que durante largo periodo de tiempo dependía de esquemas teóricos elaborados en otros centros, para el análisis de su realidad, esto cuando no eran los estudios de dicha realidad dirigidos por científicos y técnicos orientados por tales centros. En su mayoría, estos esquemas o modelos teóricos se orientaban por una metodología adicta a ciertas escuelas del pensamiento sociológico y económico que hacía las interpretaciones de nuestra realidad más ideológicas que científicas.

En los últimos años, un gran conjunto de modelos teóricos han sido utilizados en el estudio de América Latina. Una enorme variedad de conceptos han sido introducidos en el análisis e interpretación de esa realidad y se hacen ampliamente conocidos a través de un proceso de difusión del que hasta ahora poco se sabe. Entre estos conceptos pueden citarse los de desarrollo y subdesarrollo, sociedades dualistas (sociedades arcaicas, sociedades modernas), teoría de la dependencia, etc.

a) *Confusión conceptual*

La difusión de los conceptos y de los estudios que los utilizaban como referencia hizo que muchos sectores sociales de estudiantes, técnicos y políticos, los absorbiesen, lo que en sí no constituyó ninguna desventaja; con todo, en gran número de casos tales conceptos fueron reducidos a una significación de simple sentido común que los limitaba en su verdadero sentido, con propósitos no siempre claros u honestos. Mu-

chos autores inclusive presentan la idea del desarrollo apenas en el sentido de aumento del rendimiento per cápita.

Esta reducción de conceptos a lugares comunes, y aun en el mejor de los casos la reducción de un concepto a otro esquema teórico, produjo, y en cierto modo generalizó una confusión intelectual. Por ejemplo, es frecuente verificar que no se distingue entre sociedades arcaicas y sociedades modernas subdesarrolladas, o de países industrializados y no industrializados. O sea, no se percibe que cada concepto está referido a una tipología que no es reducible a otra. Por ejemplo, no se puede reducir la tipología de países industrializados a la tipología de países dependientes y no dependientes, pues una nación puede ser dependiente, siendo o no industrializada.

Esta confusión conceptual, desde el punto de vista político se convierte en instrumental a medida que su difusión en las masas populares lleva a considerar falsamente el resultado de algunos planes socioeconómicos.

b) *Afirmaciones dogmáticas*

De los estudios mencionados, la mayoría, orientados por una metodología ideologizante (como ocurre con el funcionalismo, ahora tan criticado), produjeron una enorme gama de generalizaciones y afirmaciones cuya falsedad ha sido demostrada por estudios y acontecimientos recientes, pero que, a pesar de eso, fueron siendo adoptados y ganaron fuerza de tal manera que en algunos casos se convirtieron casi en dogmas.

Stavenhagen ilustra muy bien este aspecto cuando comenta lo que él llama "tesis equivocadas sobre América Latina".* A título de ilustración, vamos a mencionar tres de ellas:

1. *Los países latinoamericanos son sociedades dualistas.* Esta afirmación se fundamenta en las diferencias entre los medios rural y urbano de grupos indígenas y no indígenas de las naciones latinoamericanas, pero conduce a tipos de soluciones que no tienen en cuenta más que el proceso histórico que generó estas diferencias, siendo así que las condiciones estructurales que las sustentan son únicas y referidas a la sociedad global.

2. *La burguesía nacional tiene interés en acabar con el poder y dominio de la oligarquía terrateniente.* Esta afirmación, que presupone un conflicto de intereses entre los grupos de latifundistas y los grupos financieros e industriales, no encuentra apoyo teórico ni empírico, sino al contrario: lo que se ve en América Latina es que un grupo encuentra en el otro un aliado, lo que además de beneficiar a ambos, les permite adjudicarse el mantenimiento del colonialismo interno.

3. *El progreso en América Latina se realizará mediante la difusión de los productos del industrialismo a las zonas atrasadas, arcaicas y tradicionales.* Esta tesis, fundamentalmente orientada por la corriente del difusionismo, tiene entre tantos otros supuestos el de que en el mundo se expande y es inevitable una corriente de modernización (o incorporación al estilo de los grandes centros urbanos).

* Stavenhagen, Rodolfo, en *Política Externa Independiente*, Civ. Bras. Vol. I, N° 7, mayo, 1965.

Mas lo que no tiene en cuenta esta afirmación es que la difusión de los bienes y servicios de los centros urbanos al ambiente rural o arcaico, no constituye un desenvolvimiento social en la verdadera acepción del término, porque en la mayoría de los casos el estancamiento económico de ciertas áreas, además de una proletarización del medio rural, es también una difusión de la "cultura de la pobreza".

Planificación económica y acción social

Otra consecuencia de los estudios y de los esquemas conceptuales difundidos se encuentra ligada a la planificación. Muchos planes nacionales, tanto en el ámbito económico como en el ámbito social de América Latina, incorporaron estas teorías, o mejor dicho se orientaron por ellas, y más grave que esto, muchas veces reduciendo la naturaleza y extensión de sus propios conceptos. Este proceso de reducción ocurre principalmente a través de los indicadores: se toma como indicador de variabilidad el desarrollo de algunos elementos, y estos, en la mayoría de los casos, reducen la concepción de desarrollo a una simple modificación cuantitativa de indicadores económicos (aumento del PNB, crecimiento industrial, etc.).

En esta forma ocurre que el progreso social se va convirtiendo cada vez más en una simple modernización de la estructura social y económica, sin ninguna transformación fundamental.

Al formular estas consideraciones queremos advertir en lo que se refiere a la realidad socioeconómica de América Latina, que el trabajo del doctor Yépez, de naturaleza más descriptiva que interpretativa, puede dar margen a diferentes interpretaciones según el marco teórico elegido para tal fin.

Consideramos que para un estudio de esta naturaleza se impone una doble necesidad. Primero el ordenar y sistematizar la variedad de conceptos y modelos teóricos existentes, y después la utilización crítica de estos modelos para seleccionar los aspectos realmente significativos de la realidad socioeconómica de tal manera que nos permita, más que una simple comparación de indicadores, un análisis agudo de la problemática latinoamericana. En nuestro concepto, las teorías de dependencia que tratan de ver a los países, no como unidades dependientes de otras unidades que serían los países dominadores, sino como una red internacional de relaciones entre países, y de grupos internos y externos que configuran una relación de dependencia, podrían ofrecernos algunos buenos recursos teóricos para este trabajo.

LAS CONDICIONES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Puede apreciarse, en la actualidad, una variedad de conceptos sobre salud-enfermedad. En el propio texto el autor lo menciona en varios sentidos: como un derecho humano, como un proceso ligado a las condiciones de vida, y como un prerequisite para la actuación de la fuerza de trabajo.

Ante esta diversidad de sentidos nos parece importante formular algunas consideraciones sobre los conceptos de salud y enfermedad, ya

que su imprecisión puede llevarnos a aceptar afirmaciones de diferentes orígenes y propósitos.

A nuestro modo de ver, el fenómeno salud-enfermedad debe entenderse como un fenómeno social que se manifiesta en el hombre a través de perturbaciones funcionales de forma y de comportamiento.

Consideramos que la salud y la enfermedad resultan de las formas de relación que los hombres establecen con su medio, y de las formas de relación establecidas entre los propios hombres dentro de un contexto histórico. Desde este punto de vista es posible contemplar el fenómeno salud-enfermedad con una perspectiva más amplia, y no limitarlo a algunos de sus niveles, como el psíquico o el orgánico, admitiendo apenas algunas implicaciones sociales, como si los vectores fuesen de lo biológico y psíquico a lo social, y no de lo social a lo orgánico, como ocurre en realidad.

Para verificar la validez de este aserto bastaría que hiciésemos un análisis de la evolución de las enfermedades a través de los tiempos. Encontraremos en cada forma de vida social una estructura nosológica distinta. En la medida en que las sociedades humanas modificaron sus formas de relación con la naturaleza y sus relaciones de producción, modificaron también su estilo de vida, y con ello la naturaleza de las patologías prevalentes. De las fases de cosecha y caza de alimentos, pasando por las fases de agrupación en aldeas, hasta la actualidad, fueron evolucionando también las enfermedades, lo que llevó a Dubois inclusive a afirmar que es poco probable un futuro humano sin enfermedades.

Tenemos, pues, que considerar a las enfermedades como un fenómeno que evoluciona junto a la propia estructura social.

También los conceptos de salud y enfermedad evolucionaron al mismo tiempo que la estructura social y los propios fenómenos a los cuales se referían. No podemos perder de vista el hecho de que estos conceptos (científicos o no) reflejaban el pensamiento social de cada época. En la Edad Media, por ejemplo, la enfermedad se consideraba como una manifestación de la voluntad divina, y como tal, el hombre no debía interferir en su curso. Por esta razón, al hablarnos de derechos humanos y mencionarnos el derecho a la salud, es preciso aclarar lo que estamos pensando. Algunos de estos aspectos están incluidos en el texto del doctor Yépez sin merecer mayores análisis.

Por esta razón tenemos cierta duda sobre si la simple modificación de los indicadores significa realmente mejoría de las condiciones de salud conforme lo menciona el autor.

Además, sobre las concepciones de salud-enfermedad, sería válido preguntarse si el fenómeno está siendo considerado dentro de las perspectivas del desarrollo. Para esto es importante tener en cuenta las concepciones subyacentes a las acciones de salud, y no sólo aquellas manifiestas en los niveles de las buenas intenciones.

En los países orientados fundamentalmente por un sistema capitalista de producción, una perspectiva desarrollista parece ver la salud casi solamente como factor de producción. Esto porque la enfermedad se percibe solamente como algo que interfiere directamente en el proceso productivo, alterando la fuerza de trabajo del hombre. Consecuentemente, las acciones de salud están orientadas en el sentido de prepa-

ración, manutención y recuperación de la fuerza de trabajo. Este aspecto es, inclusive, bien percibido por el autor cuando expresa: "...y nos pone de manifiesto que el sistema imperante se opone al derecho a la salud de los individuos, y que quizá sólo se preocupa por defender la salud de los que constituyen la fuerza laboral..."

Es necesario, por tanto, comprender de modo bien claro estas concepciones expresas o implícitas sobre salud y enfermedad, toda vez que la imprecisión nos dificulta relacionar el problema de la salud y las acciones destinadas a su solución, con la estructura social donde se inserte. No se debe, ya lo hemos dicho, perder de vista que las mismas condiciones sociales, fruto de un estilo de vida y de las formas y medios de producción, fueron tanto los vectores responsables del establecimiento de un cuadro nosológico, como las concepciones de salud y enfermedad han sido base para el establecimiento de las acciones de salud.

En la realidad de salud de los países latinoamericanos descrita en el trabajo del doctor Yépez, se encuentra una desigualdad de cobertura de la atención médica y, en nuestro concepto, esto se relaciona mucho más con los factores de producción que con cualquier otro. El autor comenta la relación entre la urbanización y la mejoría de las condiciones de salud, mostrando una tendencia a mejoría en los centros urbanos. Tenemos algunas dudas respecto a esta afirmación, pues lo que nos parece real es la mayor concentración de atención médica en los centros urbanos porque allí también se encuentra la mayor parte de la población económicamente activa e incorporada al sistema de producción. Esto demuestra, inclusive, una concepción de la salud como elemento de producción.

Esta desigualdad de distribución de los recursos de atención médica, ilustrada por el autor como la situación del Ecuador, encuentra apoyo en los datos del Brasil, donde la Previsión Social, con una cobertura del 40 % de la población, absorbe el 95 % de las camas en los hospitales.

Así, la salud no es solamente vista como factor de producción; la atención médica es vista como salario indirecto e instrumento de redistribución de la renta.

Dentro de esta perspectiva de concepciones del problema, la atención médica en la América Latina se ha limitado más a la recuperación de la salud que a su prevención, conforme bien lo señala el autor.

Las propias opciones de inversión en el sector de la recuperación y de la prevención están directamente ligadas al razonamiento económico de costo-beneficio. Así como los gastos en recuperación significan una reposición parcial del capital humano desperdiciado en una producción bajo condiciones inadecuadas, las inversiones en prevención corren el riesgo de ser consideradas apenas como "racionalización" de esos gastos.

Sobre este particular tenemos también dudas en cuanto a la afirmación del autor sobre la posible transición en la administración de salud, de una orientación liberal a una orientación social o estatal. Nos parece que las pequeñas modificaciones están mucho más ligadas al propio fenómeno de las especialidades en la medicina que al cambio de orientación. En la medida en que el fenómeno de especialización se expande, el administrador público en el ramo de la salud se convierte en un especialista, al contrario de lo que ocurría en el pasado, donde además de administrador, el médico era un profesional liberal de la medicina.

Otro aspecto importante para ser comentado es el del planeamiento, también mencionado varias veces en el trabajo del Dr. Yépez.

El planeamiento es un fenómeno bastante reciente en el mundo occidental. Podríamos decir que adquirió sentido después de la segunda guerra mundial. Nació del deseo y la necesidad de los países por introducir mayor racionalidad en aquello que se denominó "escuelas colectivas de la nación", como también de la constatación de que las tendencias de crecimiento de los gastos públicos eran mayores que las tendencias de crecimiento del producto nacional bruto. Introducido inicialmente como planificación económica, alcanza ahora a los principales sectores de la vida social, entre ellos el sector salud.

Son innegables las ventajas de racionalización de las opciones presupuestarias y de la planificación de gastos de los pequeños recursos públicos. Pero es preciso tener en cuenta algunos aspectos del planeamiento, para que no lo veamos como una panacea y no lo aceptemos sin el necesario sentido crítico.

La acción de racionalización de las "escuelas colectivas", está basada principalmente en la definición de los objetivos nacionales. Esta definición de objetivos para efectos de planeamiento está necesariamente "operacionalizada" a través de la elección de variables pasivas, inclusive de medición. Al final de la realización de los planes o proyectos, lo que se procura es verificar el cambio de esas variables y establecer relación entre las inversiones y los resultados obtenidos.

Está claro que la elección de estas variables implica un sistema de ponderación para determinar las variables más significativas e importantes para alcanzar los objetivos nacionales, y también para concentrar en ellas la mayor suma de inversión de los recursos. Mas lo que normalmente no se cuestiona es la validez de esos criterios de ponderación, y aún menos si realmente están favoreciendo el alcance de los objetivos nacionales. Por ejemplo, la mayor ponderación del sector comercial en relación al sector habitacional se basaba ¿en qué principios? La validez de ese criterio para alcanzar los objetivos nacionales está fundamentada ¿en qué? o ¿a qué propósito global sirve?

En lo que respecta al planeamiento, otro aspecto importante a considerar son los indicadores. En la medida en que es importante elegir variables e indicadores para hacer operacionales los objetivos, estos indicadores constituyen una medida de eficiencia que es justificativa o no de las inversiones. Pero si analizamos a muchos de estos indicadores, comprobaremos que han estado lejos de medir la realidad que se buscaba. Por ejemplo, los indicadores de mortalidad ¿podrían realmente medir o garantizar una mejoría de los niveles de vida?

Incluso el aspecto más peligroso de esos indicadores es que a veces en la acción de planeamiento, en muchas ocasiones terminan por ocupar el lugar de las propias variables, y éstas el de los objetivos nacionales. Así ocurre que las simples modificaciones de esos indicadores pasan a constituir, por sí solas, los objetivos, y su modificación adquiere el carácter de testimonio de eficiencia de un plan o proyecto. Por ejemplo, el simple aumento de renta per cápita ¿puede ser presentado como desarrollo?

Finalmente nos gustaría comentar que el doctor Yépez, en algunos pasajes de su trabajo nos da la impresión de dejarse llevar por una afir-

mación bastante común y no siempre clara, de que los problemas de salud se resolverían con un cambio radical de actitudes. Ya el propio autor admite en varios pasajes de su trabajo las vinculaciones de la salud con la estructura social, y no nos parece posible una modificación de la realidad de salud sin algún cambio de nivel estructural, ni creemos que la educación sea realmente una alternativa posible. Esto es más evidente cuando el autor comprueba el hecho de que en América Latina la educación ha servido más a propósitos de superación social que para promover soluciones de problemas nacionales, en lo que estamos completamente de acuerdo. Consideramos que un cambio en los planes de estudios de los profesionales de salud se hace necesario y urgente, pero vemos muy remota la posibilidad de que este cambio venga a modificar de forma significativa el cambio de la estructura de las acciones de salud.

SEGUNDA SESIÓN PLENARIA

Lunes 26 de noviembre, 1973

16:00 a 19:00 hs. Salón del Congreso Pleno

PONENCIA OFICIAL — TEMA II

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO

Por Heber VILLALOBOS *

Introducción

Al abordar el desarrollo del tema cuya responsabilidad se nos ha asignado, creemos conveniente hacer tres observaciones muy importantes, y dejar sustentado un criterio personal sobre ellas.

La primera se refiere a *qué se entiende bajo el rubro de profesionales de la salud*. La Organización Mundial de la Salud conceptúa, dentro de este rubro, todo personal que cumple funciones de salud y cuya preparación ha tenido lugar en instituciones acreditadas para ello, o sea, además de los profesionales con título universitario, incluye otros niveles: técnico y auxiliar.

Otros organismos tienen un criterio diferente al respecto, admitiendo solamente a los que poseen el título universitario. Para ser consecuentes con nuestro propio pensamiento, creemos que el concepto debe tener la amplitud señalada por la Organización Mundial de la Salud, sin menoscabo de la jerarquía profesional de los títulos universitarios.

La segunda observación tiene lugar en cuanto al *desconocimiento que se tiene en la mayoría de los países de la América Latina, de sus recursos humanos en el sector salud*, cuestión que se ubica como uno de los problemas de mayor jerarquía dentro de su actual proceso social. Precisar este aspecto es primordial en el *diagnóstico de salud*, para sentar las bases fundamentales sobre las cuales descansarán aquellos programas que se establezcan para la formación, capacitación y mejoramiento del personal de salud.

Y la tercera observación se refiere a la *atención médica*, la cual, en nuestro criterio, ha ido ganando la *esperanza* de la población, trayendo como consecuencia una "confianza excesiva" hacia el "tratamiento específico", en detrimento de los programas preventivos.

* El doctor Heber Villalobos fue Presidente de la VII CONFERENCIA de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina celebrada en Maracaibo, Venezuela, los días 21 al 25 de noviembre de 1971. Actualmente es coordinador de la Unidad Regional de Genética Médica del Estado Zulia. Facultad de Medicina; Universidad del Zulia, Venezuela.

A fin de ilustrar y apoyar este último criterio, traemos a colación los señalamientos del Dr. Reuel A. Stallones sobre la *atención médica*, durante la celebración de su conferencia acerca de "El Ambiente, la Ecología y la Epidemiología", dictada en la sede de la OPS/OMS, el 30 de septiembre de 1971. En la primera de sus proposiciones, el Dr. Stallones dice:

"La atención médica ejerce poco o ningún efecto sobre la salud de una comunidad.*

"A menudo se supone automáticamente que el tratamiento satisfactorio de las enfermedades se traduce en un mejoramiento considerable de la salud de una comunidad; sin embargo, esa afirmación no es exacta. El hecho de que se pueda prolongar la vida aumenta, en el caso de algunas enfermedades, la onerosa carga que el mal estado de salud impone a la comunidad"... "La atención médica representa los fracasos de la salud de la comunidad, las personas cuya salud se debía haber conservado.**

"En 1920, el Dr. Andrija Stampar, destacado dirigente de salud pública de Yugoslavia, se expresó en los siguientes términos:

"Por numerosos que sean los médicos nunca lograrán mejorar la salud de la población mediante el tratamiento individual... No cabe dudar de los notables éxitos alcanzados por la medicina práctica ni de la importancia que revisten sus aportaciones, aunque siempre se limitan a un reducido número de personas... La salud de la población no está jamás en relación directa con el número de médicos."***

Y continúa diciendo el Dr. Stallones:

"No hay que interpretar esas observaciones en el sentido de que pretenden restar importancia a la atención médica. Se trata sencillamente de situar a la atención médica en una perspectiva más racional con respecto a la salud de la comunidad, y de señalar las limitaciones de una confianza excesiva en el tratamiento específico.

"...El descenso de la mortalidad coincidió con un rápido aumento de los conocimientos científicos sobre la etiología, el tratamiento y la prevención de las enfermedades. La tentación de atribuir el descenso a la aplicación de los nuevos conocimientos era irresistible, y no se ha resistido, a pesar del hecho de que antes de introducir las medidas ya se habían establecido claramente las tendencias descendentes. Es razonable la afirmación de que los procedimientos preventivos han acelerado la reducción de algunas enfermedades, pero la cuestión se suele presentar como si quisiéramos atribuirnos todos los beneficios obtenidos.

* Stallones, Reuel A., *El Ambiente, la Ecología y la Epidemiología*. Cuarta Conferencia OPS/OMS sobre Ciencias Biomédicas. Publicación Científica núm. 231, Washington, 1971, p. 7.

** Ibidem, pp. 7-8.

*** Stampar, Andrija en *El Ambiente, la Ecología y la Epidemiología*, Opus. cit., p. 9.

"Ahora bien, a pesar de estos éxitos, basados en un conocimiento considerablemente mayor de los agentes etiológicos específicos de las enfermedades, los principales beneficios que hemos recibido en los últimos cien años se derivan de la actuación de influencias no específicas ajenas a nuestro campo. Los adelantos de los conocimientos médicos y la reducción de las enfermedades pueden considerarse como consecuencias simultáneas de un mejoramiento general del nivel de vida".*

Al concluir su conferencia, el Dr. Stallones la resumió en tres aspectos, dos de los cuales transcribimos:

1. "La salud de la comunidad es una función más directamente relacionada con la prevención de enfermedades que con la disponibilidad y refinamiento de nuestros recursos de atención médica.
2. "Si bien la aplicación de medidas específicas de control ha permitido considerables adelantos en la prevención de enfermedades, son todavía mayores los cambios generados por la acción de factores no comprendidos en nuestro campo y que son muy poco conocidos."**

Por otro lado, "esta medicina contemporánea es tan compleja, que un médico solo no puede administrarla con regularidad y eficiencia; pero al mismo tiempo es tan sencilla en muchos aspectos, que ciertos remedios pueden ser aplicados con seguridad y eficacia por cualquier persona de habilidad común que haya tenido un adiestramiento corto pero intenso en su aplicación. Como ejemplo elocuente de esto pueden citarse los programas que sobre "medicina simplificada" se han venido desarrollando en Venezuela por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en comunidades [1].

"Por una paradoja trágica, el conocimiento de cómo prevenir las enfermedades comunicables o transmisibles, no puede ser aplicado en vastas áreas del mundo a causa del bajo nivel de la educación y la falta de condiciones políticsociales para imponer medidas a los individuos en su propio beneficio y el de la colectividad. Es así, que en los países subdesarrollados, sufren y mueren millones de hombres de enfermedades de las cuales se sabe casi todo.

"Cuanto más grande es nuestro fracaso en prevenir las enfermedades, tanto mayor es la demanda por el tratamiento y la curación; en todas partes del mundo la demanda por la medicina terapéutica crece más y más cada día, estimulada por la creciente pobreza y desnutrición; y se ve multiplicada con el aumento de la población, cuyo crecimiento no es controlado por las enfermedades. Por otra parte, esta inmensa y creciente demanda médico-asistencial, puede ser cumplida cada vez menos en el hogar familiar.

"Además de los requerimientos de la medicina de nuestro tiempo, hay también una demanda por la medicina de hace cincuenta años; una medicina que ofrecía quizás poco tratamiento efectivo o cura, pero ofrecía en cambio mayor comodidad, una medicina que era muy cordial y muy personal.

* Stallones, Reuel A., *Op. cit.*, pp. 9-11.

** Stallones, Reuel A., *Op. cit.*, p. 16.

"Cada nación aspira a que se ofrezca un cuidado médico comprensivo (confortabilidad, terapia moderna y prevención máxima) a todos sus habitantes, y algunas naciones hasta han hecho de esta doctrina parte de la política de Estado y han suscrito compromisos en esa dirección, pero ninguna, sin embargo, aunque comprometida oficialmente, dispone de los recursos necesarios para hacer frente a las demandas médico asistenciales señaladas" [2].

El solo hecho de tratar de mantener la salud de la población sin que se produzca el deterioro del nivel existente, es cada vez más costoso; por lo que, dentro de una planificación donde se fijen metas que tiendan al mejoramiento de los índices utilizados para medir el *nivel de salud*, se exige, como condición indispensable, una inversión cuantiosa de recursos en este sector.

No es posible desconocer que la inversión en salud es productiva; no obstante, en muchos sectores aún hay recelos en reconocerlo, por lo que ese criterio de duda puede ser peligroso dentro del proceso del desarrollo, al no identificar ese sector de salud dentro de los factores de dicho desarrollo; hoy se ha sustituido el término de *gasto en salud* por el de *inversión en salud*.

En efecto, al concepto de salud como derecho fundamental, se ha agregado el de ser un factor del desarrollo de los recursos humanos, por lo que algunos economistas la consideran como un *bien de capital*, es decir, como un instrumento para el desarrollo; en este sentido, los fondos que se destinan a la salud representan una inversión tanto más productiva cuanto más prevalentes los problemas que se procura solucionar.

La productividad de una sociedad está relacionada directamente con la salud de sus miembros. Hoy debemos mirar la salud en términos económicos y reconocer, además, que el desarrollo es crucial para el mejoramiento de las condiciones de salud, así como ésta lo es para aquél. Es pues, una relación en dos sentidos, recíproca.

Veamos, de los factores de producción por todos conocidos: capital, recursos naturales y trabajo, uno de ellos: trabajo. Éste está representado fundamentalmente por la mano de obra, y ésta por el hombre, dependiendo su productividad del estado de salud del mismo; la enfermedad representa pérdida de horas y días de trabajo y, por lo tanto, de productividad, lo que va a incidir directamente sobre la economía. Por el contrario, el estado de salud pleno pondría a la disposición de la economía de un país la energía humana necesaria para la producción, que, en último término, se transforma en capital.

De aquí debe surgir "la preocupación" por conocer el recurso humano de salud disponible, confrontando las necesidades actuales y futuras en los países latinos.

El financiamiento del sector salud, cuya cuota de inversión aumenta cada año, no produce paralelamente una expansión real en relación a los aumentos progresivos.

A esto hay que agregar la dificultad de que el sector público financiador pueda ofrecer oportunidad de empleo a todos los profesionales, técnicos o auxiliares que están en el mercado de trabajo. Y la capacidad de absorción del sector privado es mínima.

Al implantarse los programas que hayan de procurar la obtención

de los recursos humanos para la salud, deberá estudiarse, al mismo tiempo, el adecuar las estructuras, a objeto de que la demanda real sea equilibrada a la capacidad de la oferta.

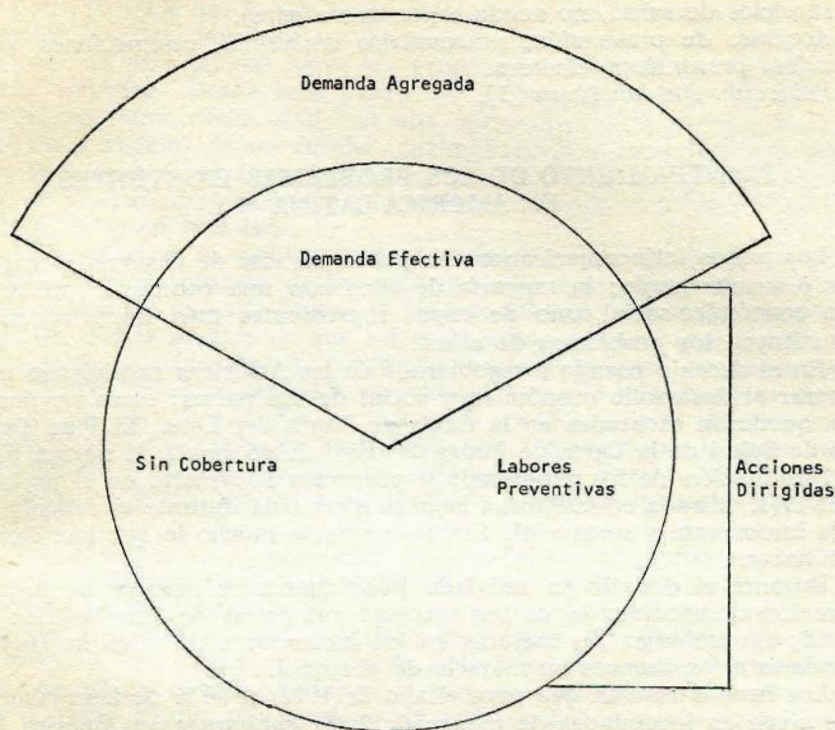


DIAGRAMA DE LA DEMANDA Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Hemos incluido un esquema mediante el cual tratamos de dar una idea bastante aproximada sobre la prestación de servicios de salud, en el cual podemos observar la desproporción tan grande que existe entre la parte de la población que tiene una demanda potencial de servicios y que no es cubierta por ellos, y la parte de la población que acude a recibir dichos servicios; asimismo, la escasa área, comparativamente, que cubren las acciones dirigidas en labores de prevención.

Por último, el esquema también señala la proporción tan grande de la población con demanda potencial de servicios, hasta la cual no alcanzan ni siquiera las labores de prevención, y una población flotante que acude, por ejemplo, en busca de beneficios económicos.

Este esquema nos representa una demanda espontánea que obedece a real necesidad de atención de salud, y una proporción que demanda servicios, no por razones de salud, o sea:

- *Demanda efectiva.*
- *Demanda sobreañegada.* (Señalada en términos de busca de beneficios económicos, por ejemplo).
- *Acciones dirigidas, que traducen labores deliberadas:*
- *Demanda potencial.* (Individuo que, aun cuando tiene necesidad de servicios de salud, no acude espontáneamente).
- *Acciones de prevención, saneamiento ambiental, vacunaciones, consultas preventivas, etcétera.*
- *Población sin cobertura* [3].

PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS EXISTENTES EN AMÉRICA LATINA

Los países latinoamericanos son países en vías de desarrollo en mayor o menor grado; la mayoría de ellos con una compleja problemática económico-social, uno de cuyos ingredientes más importantes lo constituyen los problemas de salud.

En el decenio pasado los gobiernos de las Américas resolvieron programar el desarrollo económico y social de sus países; estas resoluciones quedaron asentadas en la Carta de Punta del Este. El Plan Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este debió servir de norma para la formulación de los programas y proyectos nacionales en el periodo 1962-1971. Mirada en conjunto, la obra alcanzada durante el decenio ha sido importante y sustancial. Sin embargo, es mucho lo que aún queda por hacer.

Durante el decenio ya señalado hubo marcados avances en la preparación o capacitación de las diversas categorías de funcionarios de salud; sin embargo, las mejoras en los indicadores de salud no fueron paralelas a los avances en materia de personal.

Los hechos revelan que para el año de 1972, el 80 % de las personas que viven en localidades de menos de 2,000 habitantes en América Latina, no reciben servicios mínimos de salud, y éstas representan el 45 % de la población total de la región (población con características rurales) [4].

Veamos lo que sobre el particular refiere en Venezuela el eminente médico y profesor universitario Félix Pifano, luchador incansable contra las endemias rurales de este país.

“En Venezuela, teóricamente, existe el número de médicos que el país necesita. Pero debido a la libre elección de los sitios de trabajo para el ejercicio de la profesión, los médicos se ubican de acuerdo con su conveniencia y no donde el país requiere su presencia para la atención de los problemas locales. En lo que respecta a los centros poblados de importancia, como las capitales de estados, el número de médicos por habitantes está prácticamente cubierto. El problema se encuentra en la población rural, y reviste una importancia cada vez más creciente a medida que el tiempo va transcurriendo. No obstante la diversidad de situaciones que son comunes a los países de nuestro continente, existen constantes bio-ecológicas y socio-económicas que reclaman una concepción diferente de

los modelos tradicionales, especialmente en los campos educativo y asistencial. La población rural venezolana para el 1º de julio de 1972 comprendió el 37.5 % de la población total, o sea, 4.189,981 habitantes, para 11.173,283 habitantes que totalizó la población del país. La población rural dispersa, incluyendo centros poblados de menos de 100 habitantes, comprende una población aproximada de 1.250,000 habitantes, agrupada en 16,500 medicaturas rurales, atendidas por 560 médicos que cubren centros poblados hasta por 800 habitantes. La población rural dispersa está atendida, en parte, por médicos que viajan a diferentes regiones con carácter periódico y limitado, y en parte, por personal para-médico, en los programas de la denominada "medicina simplificada". Nosotros consideramos que la atención médica a la población rural dispersa en Venezuela, requiere un número de médicos que se aproxima al que asiste actualmente a la población rural concentrada, pero somos de opinión que debe procederse a realizar una evaluación de la situación actual de la asistencia médica a la población rural del país, con el objeto de establecer si existe relación entre el alto costo del presupuesto invertido y los resultados obtenidos. Una de las fallas fundamentales de la atención médica en el medio rural venezolano es el aislamiento del médico rural, del nivel hospitalario más cercano, representado por el Centro de Salud. De aquí que, desasistido y sin apoyo, muchos de ellos con una preparación insuficiente, y disponiendo de pocos recursos para atender a sus pacientes, se aíslan y lo aíslan, produciéndole una evidente frustración para solucionar a un bajo costo los problemas que se le plantean, lo cual obliga a los pacientes a tener que migrar a los centros hospitalarios con el riesgo de su vida, haciendo inoperante la organización y la asistencia que se presta a aquel primer nivel. Ello trae como consecuencia una angustiosa demanda de camas hospitalarias, con una disminución de los recursos que deben invertirse en las medicaturas y dispensarios.

Es importante señalar las deficiencias que se observan en muchas medicaturas rurales, por el papel que le corresponde cumplir al médico como líder social de la comunidad donde trabaja, cuestión que no se lleva a efecto porque generalmente viven fuera de los centros asignados a su servicio. A esto es necesario agregar que el tipo de médico que el país necesita para atender a las comunidades rurales es diferente al que forman nuestras universidades. Este tipo de médico, antes de prestar sus servicios, debe haber realizado un curso de post-grado en medicina rural que incluya amplia base epidemiológica sobre las enfermedades transmisibles en el país, y entrenamiento especializado en Puericultura y Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Cardiología, Medicina Tropical, Patología Infecciosa, y Urgencias Médico-quirúrgicas.

La inmensa mayoría de las poblaciones rurales de América Latina se mantiene todavía en una etapa tradicional, y por tanto, primitiva, de su desarrollo socioeconómico y cultural, separada por un abismo profundo de la sociedad urbana. Este dualismo ha existido en todas partes, aunque tiende a borrarse rápidamente en los países desarrollados, pero con seguridad nunca alcanzó en ellas la magnitud que presenta el problema en las naciones latinoamericanas. Nuestros

países muestran al mundo una apariencia falsa de su realidad, exhibiendo ciudades cosmopolitas que asimilan en forma sorprendente las influencias de los países desarrollados, cuyas ciudades tratan de imitar, superando las inversiones, en edificios de lujo, con un mundo del otro lado, a espaldas del barniz de pseudocultura de los grandes centros urbanos, en donde impera la ignorancia, el desconocimiento absoluto de las normas mínimas de vida, la miseria y el hambre, las enfermedades endémicas, la falta de vivienda y de asistencia médica y educacional y, en general, todos los problemas que confrontan las clases sociales marginadas, víctimas de la especulación y de la injusticia social. Ese es el medio que debe ser atendido por el nuevo tipo de médico que debemos instruir y formar con el sacrificio de la comodidad y hasta de la cultura individual, aunque sea transitoriamente, para contribuir al logro de las profundas transformaciones que requieren las estructuras arcaicas de las sociedades rurales de nuestro Continente."*

Existe una escasez general de personal de salud en toda América Latina y son pocos los países que alcanzan un nivel adecuado. La disponibilidad de personal de salud varía ampliamente, según los países, entre un máximo de 40 y un mínimo de 3 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes [5].

El recurso humano que participa en el proceso de producción de bienes y servicios de salud, está compuesto casi exclusivamente por profesionales médicos, odontólogos y farmacéuticos. Es notoria la carencia de trabajadores auxiliares para que proporcionen ayuda a tareas específicas. Es esencial, además, contar con otro personal para-médico profesional, técnico o auxiliar, entre el que se encuentran ingenieros sanitarios, inspectores de saneamiento, veterinarios, educadores de salud, estadísticos, demógrafos, economistas, administradores, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos X, dietistas y nutricionistas.

Existe una marcada desproporción en la estructura laboral en el sector salud, con desviación hacia los niveles superiores. Así tenemos que para el año de 1970 el recurso humano global de América Latina, se distribuía de la siguiente forma:

Universitarios	45 %
Técnicos	12 %
Auxiliares	42 %

Lo cual revela una insuficiencia de los niveles medios, siendo este el problema central del recurso humano en salud [6].

La distribución desigual de los médicos, evidente en la mayoría de los países latinoamericanos, por la concentración en las capitales y grandes ciudades, agrava el problema creado por el escaso número de estos profesionales. Esta desigual distribución es extraordinariamente acentuada en algunos países que, como Haití, tenía una proporción de 0.3 médicos por cada 10,000 habitantes de las zonas menos urbanas, para el

* Pifano, Félix., *La Formación del Médico y sus Problemas*. Ponencia presentada en el foro sobre Función Humana y Social del Médico y de la Medicina, Caracas, 1973, pp. 8-9.

año de 1968 [7] y Venezuela, en donde casi las 2/5 partes de los médicos ejercen en el Distrito Federal, donde se encuentra enclavada Caracas, su ciudad capital, con una población estimada en alrededor de 2.000.000 de habitantes (menos de 1/5 de la población total del país).

En la casi totalidad de los países latinoamericanos, la mayor parte de los recursos que se invierten en el sector salud se refieren a la medicina curativa (como consecuencia de una serie de factores ya señalados en la parte relativa a la introducción), en detrimento, muchas veces, de los programas de medicina preventiva. El porcentaje de médicos dedicados a salud pública en América Latina para el año de 1968, estuvo entre 2.1 en Honduras y 6.8 en Venezuela [8]. De los médicos que se dedican al ejercicio de la medicina curativa, el médico general (principal factor del cuidado familiar) representa una proporción relativamente baja, exceptuándose algunos países como México, Honduras y Nicaragua, los que para el año de 1968, contaban con más de un 50 % ejerciendo la medicina general.

También debemos señalar que los países latinoamericanos tienen tasas de crecimiento de la población elevadas (algunos, como Venezuela, de un 4 % anual aproximadamente), lo cual hace suponer que gran parte de la población está constituida por niños (como en efecto es), creando ello un gran problema de salud pública, dada la alta mortalidad en las edades más jóvenes que exhiben varios de estos países (de 0 a 4 años). Por esta razón, la pediatría debería tener una importante posición; sin embargo, con excepción de Chile, Haití y Venezuela, este tipo de especialistas no alcanzaba al 10 % de los médicos para el año de 1968.

De igual manera, el porcentaje de anatomopatólogos (garantía indiscutible en la certeza del diagnóstico, y funcionario importante en el avance de la medicina científica) es muy bajo en la mayoría de los países latinos; algunos presentando cifras tan bajas como 0.2 % del total de médicos.

En la mayoría de los países de la región los recursos institucionales son escasos, a lo cual se suma el hecho de la mala utilización de los mismos, evidenciable, por ejemplo, en la falta de atención progresiva del paciente, basada en la asignación de recursos a grupos de pacientes según sus necesidades de atención (cuidado intensivo, cuidado intermedio, cuidado mínimo, atención ambulatoria y a domicilio). Es así, por ejemplo, que es evidente la sub-utilización de la consulta externa de los hospitales y dispensarios (de relativo bajo costo), acudiendo en cambio de esto a la atención hospitalaria en cama (de muy alto costo).

Una de las características de la atención médica en la América Latina, con contadas excepciones (Cuba, Chile), es la de ser dispensada por más de un organismo oficial o estatal (más de un centenar de instituciones en Venezuela se encargan de la prestación de servicios en salud a la comunidad, por ejemplo) con la serie de inconvenientes que este sistema acarrea, tales como la falta de coordinación entre las instituciones (que llega a veces a la competencia entre ellas), utilización de normas y procedimientos diferentes, desigual cobertura de los grupos de población (cobertura de algunos habitantes por 2, 3 o más instituciones, mientras que otros habitantes no tienen ningún tipo de asistencia), etcétera.

En cuanto a la formación del recurso humano, en la mayoría de los países se encuentra separada del sector salud y sujeta a decisiones del sector educación; en algunos países la situación revela una mayor anarquía por cuanto ni siquiera a este último sector se encuentra sujeta; tal es el caso de las facultades de medicina de algunas universidades autónomas. Es dado observar como las facultades o departamentos (Programas Académicos en algunos países) universitarios encargados de la formación del personal necesario para el sector salud no tienen una política definida y seriamente establecida, tomando como base las necesidades del país, así como la demanda y la oferta y la capacidad de absorción de los organismos empleadores. Muchas de las instituciones universitarias siguen siendo uniprofesionales (formadoras de médicos o de odontólogos o de farmacéuticos, etc.), y ajenas a la realidad económico-social y bio-ecológica de su comunidad. Es frecuente la existencia de instituciones no universitarias dedicadas a la formación de recursos humanos para la salud, tales como las instituciones de seguridad social, los ministerios o secretarías de salud, las escuelas de salud pública, etc. En cuanto a la formación del recurso del nivel medio, no cuenta con estructuración, organización y reconocimiento adecuados, siendo la mayoría de las veces de tipo circunstancial [9].

Es importante señalar además, en relación con el recurso humano para la salud, algunas otras de las particularidades que este tipo de personal presenta en América Latina.

En primer lugar nos referiremos a las categorías de nomenclatura dadas al recurso humano en salud, por no existir uniformidad de criterio al respecto, sino por el contrario, las más variadas clasificaciones y designaciones; situación que no sólo se aprecia de un país a otro, sino incluso dentro de un mismo país.

Sobre el particular, el Tercer Informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar [10], ofrece una lista de las profesiones que trabajan en los servicios sanitarios, la cual aunque bastante amplia, no pretende hacer una enumeración excluyente: médicos, dentistas, enfermeras, parteras, ingenieros sanitarios, inspectores sanitarios, veterinarios, técnicos de laboratorio médico, técnicos radiólogos, fisioterapeutas y ergoterapeutas, farmacéuticos, administradores y otros profesionales. Según el Comité, cada una de estas profesiones tiene, a su vez, el respectivo personal auxiliar, de acuerdo a la definición que las Naciones Unidas da de dicho personal.

La Organización de las Naciones Unidas y sus organismos especializados emplean la expresión "trabajador auxiliar", para señalar a aquel que es retribuido, y sin poseer los títulos profesionales exigidos en una especialidad técnica determinada, colabora con un profesional y actúa bajo su dirección.

Ahora bien, en el Noveno Informe, el Comité de Expertos señala que "...un trabajador auxiliar es el que actúa como técnico en una actividad sin tener preparación profesional completa..." [11]. Parece ser como si hubiese cierta contradicción entre la categoría antes mencionada de técnicos de laboratorio médico, técnicos radiólogos, fisioterapeutas y la definición aquí transcrita.

En la Memoria del IV Seminario Nacional de Educación Médica y

II Conferencia de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina en la ponencia correspondiente a "Formación del Personal Técnico de Nivel Medio en Medicina", se establecen 4 niveles dentro del equipo de salud, basados en distintos criterios, pero fundamentalmente, en la intensidad y duración de los estudios realizados. En el nivel I se incluyeron: Doctores en Ciencias Médicas, Médicos Especialistas; Docentes en Psicología, Doctores en Odontología, Odontólogos, Especialistas; Doctores en Medicina Veterinaria, Especialistas; Ingenieros Sanitarios; Doctores en Farmacia, Farmacéuticos, Especialistas; Otros. En el Nivel II se incluyeron Bioanalistas Licenciados, Enfermeras Licenciadas, Nutricionistas-Dietistas Licenciados, Trabajadores Sociales Licenciados, Psicólogos Especialistas, Sociólogos, Antropólogos y Otros. En el Nivel III se mencionaron: Técnicos en Radiología, Radioterapia, Hematología, Laboratorio Médico, Histología, Citología, Prótesis, Fisioterapia y Terapia Ocupacional; Dietistas, Enfermeras Técnicas o Graduas (no universitarias); Técnicos en Laboratorio Dental y Prótesis Dental; Técnicos en Laboratorio Veterinario; Bibliotecarias Médicas; Educadores Sanitarios, Inspectores Sanitarios y otros. Finalmente en el Nivel IV se citaron: Auxiliares de Laboratorio, Radiología, Fisioterapia, Enfermería, Medicina Simplificada, Trabajo Social, Bibliotecarias Médicas, Saneamiento Ambiental e Higienista Dental; Asistentes y Mecánicos Dentales, Vacunadores, Secretarias Médicas y otros.

En la misma ponencia se considera como personal técnico de nivel medio, a aquel personal cuyo nivel inicial sea equivalente al Ciclo Básico de Bachillerato, con preparación técnica en cursos no menores de un año de duración en instituciones calificadas y el cual actúa siempre bajo la supervisión de los miembros del equipo de niveles más altos; así podrían considerarse incluidos en el Nivel III [12].

Si se compara lo establecido por el Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar en su Tercer Informe, con las conclusiones del IV Seminario Nacional de Educación Médica, antes citado, se observa que algunas de las profesiones señaladas por el Comité, pueden clasificarse como personal técnico a nivel medio, de acuerdo a los niveles establecidos por el IV Seminario; por lo tanto este personal entraría en la categoría de no profesional.

Los otros aspectos a considerar son los relativos a las funciones que debe desempeñar cada categoría de funcionario, así como la utilización del personal, los resultados que se obtienen con su trabajo y las causas probables del fracaso o éxito en su desempeño. No siempre las funciones que le corresponde desempeñar a cada categoría de funcionario están establecidas, y esto es muy importante, para precisar luego las condiciones que debe tener la persona a quien se asigna determinado cargo, incluyendo naturalmente, su grado de preparación y adiestramiento. En cuanto a la utilización del personal, los resultados que se obtienen con su trabajo y las causas probables del fracaso o el éxito no hay casi información disponible; por regla general se procede por "impresiones" [13], las cuales son, por consiguiente, de carácter muy subjetivo. Ni siquiera los organismos internacionales han abordado a conciencia estos aspectos; por eso resultan muy oportunas y atinadas las observaciones formuladas por Garza, S., y Beltrán, O., en su trabajo sobre Problemas del Personal Auxiliar de Salud en la América Lati-

na [14], las cuales pueden ser aplicadas al personal profesional, y que los autores resumen de esta manera:

a) ¿Cuál es la situación real de los trabajadores dentro de las organizaciones de salud?

b) ¿Cuáles serían las recomendaciones para su mejor utilización?

Lo cual no es sino el reflejo de la *preocupación* que existe en cuanto a la falta de conocimientos que se tienen sobre la utilización del personal profesional, técnico y auxiliar de salud, de una manera general.

Uno de los problemas, cuya magnitud se hace cada vez mayor, lo constituye la migración de profesionales del sector salud a otros países del continente americano y de otros continentes. Al principio, fueron los médicos quienes iniciaron este movimiento; mas, hoy día, son prácticamente todos los tipos de profesionales del sector quienes emigran. Esto constituye un problema que viene a agravar el déficit de personal ya existente en los países latinoamericanos, y a beneficiar a países cuya problemática es considerablemente menor o inexistente, como es el caso de los Estados Unidos o Canadá, hacia los cuales se han establecido fundamentalmente las corrientes migratorias. Aun cuando la razón que se ha esgrimido como causa de este fenómeno la constituye una aspiración a mayores ingresos, la experiencia parece demostrar que no es esta la única razón, privando también la motivación de los interesados por realizarse científica y técnicamente.

En cuanto al financiamiento o inversión de los gobiernos en el sector salud, debemos señalar que en la mayoría de los países se mostró para el año de 1968, un gasto per cápita menor que \$ 10 al año; en otras palabras, podemos decir que la inversión luce como pequeña si la comparamos con la de los Estados Unidos y Canadá para el mismo año, que fue de \$ 51.3 y \$ 92.3 respectivamente. La situación es más grave si consideramos que la inversión de \$ 10 o más per cápita anual se dio en países cuya población en conjunto no alcanza al 15 % de la del total de la América Latina (quedando más de un 75 % con una inversión menor que \$ 10 y tan baja en algún país como \$ 0.53); que la elevación de los costos y la inflación se han hecho presentes en todos los países de la región, siendo muy pocos los que han podido mantener el poder adquisitivo de sus monedas en los últimos diez años; y, finalmente, que los recursos invertidos no han sido utilizados adecuadamente, como consecuencia de las estructuras vigentes; tal es el caso, por ejemplo, de Venezuela, con el más alto porcentaje de su presupuesto fiscal invertido en el sector salud en la América Latina (un 18 % del presupuesto nacional, representado por más de \$ 450 millones, estableciendo alrededor de \$ 50 per cápita anual), pero donde, sin embargo, casi un 30 % de la población (población rural) no tiene cobertura por los servicios de salud [15].

Los países latinoamericanos, como países en vías de desarrollo (tal como quedara asentado al principio de esta sección), presentan graves problemas relacionados con la salud; esto a su vez constituye una importante barrera para el desarrollo económico; la desnutrición, las enfermedades infecto-contagiosas, las endemias rurales, la falta de saneamiento ambiental, la carencia de viviendas adecuadas, etc., son problemas que gravitan sobre nuestras comunidades; la investigación es un medio indispensable para descubrir las causas de las enfermedades y

evitarlas, para encontrar soluciones y para orientar el empleo de los recursos. A pesar de ello son pocos los fondos que en América Latina se invierten en investigación con el objeto de solucionar los problemas del sector salud, y lo poco que se invierte generalmente se hace sin tomar en cuenta las realidades bio-ecológicas y socio-económicas de nuestras comunidades, duplicando recursos, dando prioridad a la investigación básica sobre la aplicada a la problemática existente, etc., en pocas palabras: no existe una investigación científica en salud racionalmente planificada. Por otra parte, los programas multinacionales de investigación científica aplicada en salud son prácticamente inexistentes, a pesar de que muchos de los problemas son comunes a varias regiones, y de existir centros de investigación bio-médica trabajando sobre la misma problemática, pero cada uno por su lado [16].

A pesar de que el recurso humano sigue siendo lo fundamental para la atención médica integral, hecho reconocido a todos los niveles, no se ha establecido en cada nación (con excepción de algunas, entre las cuales se cuentan Colombia y Chile), un estudio sobre recursos humanos; estos estudios son de una importancia capital, constituyendo uno de los principales factores a tomar en cuenta a la hora de planificar los programas de atención médica integral a la comunidad.

Se evidencia en varios de los países latinos, la falta de establecimiento de una política nacional sobre salud, encuadrada dentro del marco general de la política de desarrollo integral de la nación (socio-económico-cultural). Podríamos dejar sentado (sin pecar de exagerados en ello) que la política que en materia de salud se sigue en algunos de nuestros países, varía sistemáticamente con cada gobierno y con cada ministro o secretario de salud. Esto es prueba evidente de la falta de definición de una política en materia de salud, con los graves daños que ello acarrea, ya que significa, en algunos casos, la paralización o modificación de programas de salud (curativos o preventivos) plenamente justificados, que se estaban desarrollando en forma adecuada y provechosa.

CONCLUSIONES

Del análisis hecho sobre las características más resaltantes (no pretendemos haberlas incluido a todas) del estado actual que ofrecen los recursos humanos para la salud, y, colateral e inevitablemente, de algunos de los aspectos relativos a los niveles de salud en América Latina, podemos establecer las siguientes conclusiones:

La América Latina presenta en el sector salud las características de una región subdesarrollada, o en vías de desarrollo: elevada mortalidad infantil, alta tasa de natalidad, desnutrición, endemias rurales, falta de saneamiento ambiental, etc.; indudablemente algunas de estas características son más acentuadas en unos países que en otros, pero, de una manera general, la situación puede palpase en todos.

Es evidente el que, a pesar de que todos los países de la región suscribieron la Carta de Punta del Este, la cual comprendía un Plan Decenal de Salud, plan que debía servir de norma para la formulación de los proyectos y programas nacionales en la materia para el periodo

1962-1971, la mayoría de los países, si bien dieron cumplimiento (parcialmente) a los compromisos contraídos, no establecieron una política nacional y sectorial definida sobre salud, que fuese coherente con los planes generales de desarrollo socioeconómico y cultural.

La inversión de los gobiernos en el sector salud, de una manera general es baja, al compararla con el presupuesto de la nación y con el de los países desarrollados, como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica, no sobrepasando, en muchos casos, los \$ 10 *per capita* anual. El encarecimiento cada día mayor de los programas de atención médica, el proceso inflacionario con la consecuente disminución del poder adquisitivo de la moneda, conjuntamente con la mala utilización de los recursos, son factores que tienden a agravar la situación.

Existe un amplio sector de la población en la América Latina que no recibe servicios mínimos de salud, población que en varios países sobrepasa en mucho la tercera parte. Indudablemente que la mayoría son habitantes pertenecientes al medio rural, concentrados en pequeñas comunidades o dispersos, pero también existen habitantes en las grandes ciudades constituyendo las clases más marginadas, que, por varias razones (principalmente de orden educativo, cultural y de transportación), no se benefician adecuadamente de la prestación de servicios para la salud.

De la inversión que realizan los gobiernos en Salud, la mayor parte se dedica a la medicina curativa, en detrimento de oportunidades en los programas de medicina preventiva; lo cual ocurre a pesar del conocimiento que se tiene hoy día de cómo prevenir las enfermedades transmisibles. Esto es debido, en parte, al bajo nivel de educación y a la falta de condiciones políticosociales para imponer medidas a los individuos en su propio beneficio y en el de la colectividad. El fracaso en la prevención de las enfermedades, consecuencialmente, lleva aparejado un mayor aumento de la demanda por el tratamiento y la curación; de igual manera, la creciente pobreza y desnutrición multiplicada por el aumento de la población genera mayores demandas por la medicina terapéutica.

Con contadas excepciones, se aprecia a todo lo largo de la América Latina, que una multiplicidad de instituciones están encargadas de los programas de atención médica a la comunidad, con los consiguientes inconvenientes y problemas que ello acarrea; lo que no es otra cosa que el resultado de la falta de establecimiento de una política nacional y sectorial en materia de salud en los países de la región.

Los recursos institucionales son escasos; situación que es agravada por la mala utilización de los mismos, no habiéndose establecido una atención progresiva del paciente con una adecuada asignación de recursos de acuerdo a las necesidades.

No existen, en la mayoría de los casos, estudios completos y continuados o de seguimiento sobre recursos humanos e institucionales en el sector salud, a pesar de que el recurso humano, sobre todo, sigue siendo lo fundamental para la atención médica integral a la comunidad como medio de lograr la restitución, preservación y promoción de la salud, a la cual tienen pleno derecho todos los humanos, sin diferencia de raza, credo religioso o político, o *status* social, económico o cultural.

La escasez de personal de salud en la América Latina en general es

notoria, siendo pocos los países que exhiben un nivel adecuado, notándose además una amplia variación entre las diferentes naciones. En cuanto a la estructuración laboral del recurso humano, se hace patente una marcada desproporción, con desviación hacia los niveles superiores, siendo los niveles medios los menos desarrollados, lo cual constituye prácticamente el problema del recurso humano en salud. Este tipo de personal, por lo demás, no cuenta con estructuración, organización y reconocimiento adecuados, y la mayoría de las veces es de tipo circunstancial. La distribución del personal es desigual entre los centros poblados y el medio rural, en perjuicio de este último, siendo importante destacar que la población de este sector representa casi la mitad (45 %) en la América Latina. El personal que trabaja en el sector salud está representado fundamentalmente por médicos, odontólogos y farmacéuticos, con escasez de los otros trabajadores, no sólo técnicos y auxiliares, sino también de profesionales tales como psicólogos, sociólogos, ingenieros sanitarios, etc., por lo que, en muchas oportunidades, los médicos y odontólogos invierten buena parte de su tiempo en actividades que son propias de otro tipo de personal. El porcentaje de médicos dedicados a las tareas de prevención es relativamente pequeño, siendo por el contrario muy elevado el porcentaje de los que laboran en el campo de la medicina curativa; de estos últimos los que se dedican a la práctica de la medicina general, la pediatría y la anatomía patológica representan porcentajes bajos, de una manera general, a pesar de que el práctico general se considera el recurso más importante en el cuidado de las familias, de la alta tasa de natalidad y el componente de la población por individuos menores de 18 años que exhiben nuestros países, requiriéndose, en consecuencia, un considerable número de pediatras y la necesidad de anatómicos patólogos en calidad y cantidad suficientes, como garantía del ejercicio de una medicina científica.

Los recursos humanos se forman en muy variadas instituciones; unas de carácter universitario y otras no universitario, sin existir una política definida y seria (con señaladas excepciones), que tome en cuenta las necesidades del país, el mercado de trabajo y la capacidad de absorción por parte de los organismos empleadores; ignorando prácticamente la realidad socioeconómica y bioecológica de las comunidades. Hay falta de coordinación entre las diferentes instituciones educativas y un divorcio entre éstas y el sector salud. Unas instituciones están sujetas a decisiones del sector educación.

No existe uniformidad de criterio en cuanto a las categorías y nomenclaturas del recurso humano, aplicándoseles las más variadas clasificaciones y designaciones. No están bien establecidas y delimitadas las funciones que le corresponde desempeñar a cada categoría de funcionario. No se tiene información disponible sobre la mejor forma de utilización de personal, de cuáles son los resultados que se obtienen de su trabajo, y de las probables causas del éxito o fracaso; en otras palabras, se desconoce en buena proporción la situación real de los trabajadores dentro de las organizaciones de salud.

Existe una corriente migratoria del recurso humano en salud, tanto a nivel profesional como técnico, hacia otros países de éste y de otros continentes; situación que está alcanzando proporciones alarmantes en algunos países. Como es fácil de entender, esto agrava considerablemente

el problema de la falta de recursos humanos, tanto más cuanto que el personal que emigra, por lo general, es de lo más calificado.

La investigación científica en salud es escasa, por lo general no está adecuadamente planificada y orientada a la solución de los problemas más graves y urgentes de la región; no existe coordinación entre las instituciones de investigación y el sector salud, por estar la mayoría de los núcleos de investigación dentro de las Universidades. Finalmente, son muy contados los programas de investigación científica en salud de carácter multinacional en América Latina.

RECOMENDACIONES FINALES

Antes de establecer las recomendaciones finales sobre la formación de profesionales en función del desarrollo de la América Latina, se deben dejar definitivamente sentados algunos principios y condiciones que serían de desear en relación con la salud de la región, a saber:

La salud debe ser un derecho inalienable de todos, y no el privilegio de unos pocos.

La salud debe constituir para cada ser humano, un fin, y para la sociedad a la cual pertenece, un medio. Es un fin, porque le permite a cada cual realizarse, y es un medio, porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social [17].

La salud debe considerarse, desde el punto de vista económico, como *un bien de capital*, es decir, como un instrumento para el desarrollo; por eso los fondos destinados a la salud, deben considerarse, igualmente, como una inversión productiva y no como un gasto. La productividad de una sociedad está directamente relacionada con la salud de sus miembros; por eso las decisiones de orden económico no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, y que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido y su razón de ser [18]. La salud y la economía son factores de primera importancia en el desarrollo, que se complementan proporcionalmente. La salud puede considerarse, pues, como un producto intersectorial, dependiente del desarrollo global.

En la planificación del desarrollo los llamados sectores sociales deben ocupar un lugar cada vez más preponderante; entre estos sectores se encuentra *la salud*, cuyas demandas, estrechamente relacionadas con la estructura demográfica, con la distribución del ingreso, con la distribución geográfica de la población y con sus características culturales, incluidas aquellas relacionadas con los medios de comunicación masivos, se vienen incrementando en forma notable en todos los países de la región, y constituyen elementos importantes que atañen a las aspiraciones de la sociedad y pueden llegar a ser fuentes de graves tensiones sociales. Ello explica que el problema de la extensión y mejoramiento cualitativo de los servicios de salud, no sólo participe en el proceso de desarrollo desde el ángulo de la asignación de los recursos y de la fijación de metas de las actividades propias del sector, sino que también se inserte en el conjunto de problemas de orden político que son cada vez más pertinentes al desarrollo [19].

Las inversiones en el sector salud deben ser aumentadas en forma generosa, como fórmula para poder mejorar sustancialmente la elevada mortalidad infantil, la desnutrición, las endemias rurales, las enfermedades infecto-contagiosas y otros tantos rubros que hoy en día constituyen el azote de un porcentaje bastante representativo de la población latinoamericana. Las inversiones deben extenderse a las instituciones de investigación científica en salud, por ser éste un medio indispensable para descubrir las causas de las enfermedades y curarlas, para encontrar soluciones y para orientar el empleo de los recursos. La investigación científica en salud deberá ser adecuadamente planificada, pero no en forma aislada, sino dentro del contexto general de los planes de salud, y estará orientada a la solución de los más graves y urgentes problemas de la región, debiéndose auspiciar los programas de investigación de carácter multinacional. Es hora de que los centros de investigación biomédica dependientes de las universidades, revisen su política de investigación, y, conjuntamente con las instituciones nacionales de salud, vuelquen sus esfuerzos a la solución de la compleja problemática de salud que presentan nuestras comunidades.

Partiendo de la premisa ya aceptada en forma casi universal, de que la salud no es un privilegio sino un derecho fundamental de todo ser humano, la cobertura por servicios básicos deberá extenderse a toda la población, aun a la que se encuentra dispersa en el medio rural, formando centros poblados pequeños de cien habitantes aproximadamente. Ésta es realmente una tarea titánica, pero la América Latina deberá empeñarse en ella, si realmente quiere superar el estado actual en que se encuentra su salud y su escaso desarrollo económico, social y cultural; indudablemente que, para lograr esto último, no basta con la extensión de los servicios básicos en salud, pero sí constituye ello un factor de primera importancia, por ser aspectos del desarrollo que se complementan proporcionalmente.

La formación de los profesionales de la salud que requiere América Latina no puede ser un accidente aislado, sino que, por el contrario, debe ser parte integrante del proceso global del desarrollo económico, social, cultural y político de cada uno de los países que pertenecen a este mundo; aspecto pues, que habrá de tomarse muy en cuenta a la hora de la planificación del desarrollo de los mismos.

Los países latinoamericanos deben establecer políticas definidas en materia de salud, basadas en las realidades socioeconómicas y bioecológicas de nuestros pueblos y comunidades. Esta definición de política sanitaria incluirá lo relativo al desarrollo de los sistemas de servicios de salud, modificaciones radicales de los sistemas técnico-administrativos y legales, a fin de fortalecer la estructura y la autoridad normativa y rectora de la política de las instituciones de salud, desarrollo de las instituciones, perfeccionamiento o establecimiento de una regionalización administrativa flexible, y dotación suplementaria de la capacidad instalada existente con personal, equipos, servicios complementarios, intermedios y generales faltantes [20]; estos últimos requisitos se pueden cumplir con menos dificultades a través de los Servicios Nacionales de Salud (cuya creación recomendamos ampliamente), los que deben sustituir el sinnúmero de instituciones dedicadas a la prestación de servicios, y,

en esta forma, acabar de una vez por todas con la serie de problemas derivados de los sistemas actualmente imperantes.

Sentados como han sido estos principios y condiciones en materia de salud, enumeraremos las recomendaciones finales sobre la formación de profesionales, en función del desarrollo para la América Latina, queriendo señalar que las mismas serán de carácter general, por cuanto los aspectos particulares de la cuestión estarán sujetos a las características propias de cada país o sector (costo, niveles de atención, etc.).

Las instituciones de salud (Servicios Nacionales de Salud) deberán crear *oficinas de desarrollo de recursos humanos*. Estas oficinas tendrán varias funciones que desempeñar, entre las cuales se pueden señalar las de investigación y desarrollo, normativas, de asistencia técnica y asesoría, de coordinación y de administración de programas, de becas de la institución y de los organismos internacionales [21].

Cada país debe realizar en forma urgente (pero no precipitada e improvisada) un estudio lo más completo posible sobre recursos humanos que comprenda tanto el sector asistencial como el docente. Los resultados de este estudio constituirán uno de los más importantes factores a tomar en cuenta a la hora de la planificación nacional y sectorial de los programas de salud integral a la comunidad. El organismo más indicado para llevar a cabo esta tarea, sin duda que es *la oficina de desarrollo de recursos humanos*, para lo cual se necesitará la colaboración de todos aquellos organismos que, en una u otra forma, tienen que ver con el personal de salud; vale decir: las instituciones empleadoras, las formadoras y las que los agrupan, tanto desde el punto de vista gremial (asociaciones, colegios, federaciones, etc.), como científico (asociaciones, academias, etc.).

El personal profesional de salud para la América Latina deberá formarse en instituciones universitarias fundamentalmente (pero no exclusivamente). Si se acepta el criterio sustentado por la OMS y compartido por nosotros, sobre el concepto de personal profesional, que incluye los niveles universitario, técnico y hasta auxiliar cuya preparación haya tenido lugar en centros suficientemente acreditados, podremos comprender fácilmente que es una tarea prácticamente imposible de realizar en forma exclusiva por la Universidad, requiriéndose de otros centros para la formación del personal. Esta cuestión estará en estricta relación con el sistema educativo nacional, ya que en algunos de los países se contempla la formación de cierto tipo de profesionales del sector salud en instituciones no universitarias: educación secundaria para la formación de bachilleres en enfermería, puericultura, dietética, etc., colegios universitarios, escuelas de educación superior, etc., para la formación de personal de nivel medio y superior no universitario.

No debemos olvidar que en la mayoría de las instituciones de salud en América Latina (instituciones de seguridad social y ministerios de salud) se dictan cursos de formación y de mejoramiento de personal, habiendo rendido en este sentido una labor muy positiva. Sería de desear (y así lo recomendamos ampliamente), la existencia de un mecanismo de coordinación, no sólo entre las diferentes instituciones formadoras de personal (universitarias y no universitarias), sino también entre éstas y las instituciones empleadoras, como medio de asegurar una adecuada

racionalización en la formación del recurso humano necesario para la salud.

Es hora de que nuestras universidades (sin menoscabo de su *autonomía académica*) abandonen el estado de anarquía imperante en la mayoría de ellas y se preocupen más de los supremos intereses del país, estableciendo un diálogo abierto y permanente con los organismos oficiales del Estado encargados de la atención médica de la comunidad. Surge, por ello, la necesidad de que un organismo nacional multiinstitucional, vale decir, integrado con la participación de todos los sectores interesados, se encargue de estas tareas de coordinación. (Véase en páginas 142, 143, gráfica donde se esquematiza la formación del personal de salud en función del desarrollo.)

Las instituciones educativas deberán formar no sólo el personal que va a desempeñar labores preventivas y curativas, sino también el personal que se ocupará de las labores administrativas y de investigación científica en salud. Para la formación de este último tipo de personal sería muy conveniente fomentar el desarrollo de centros multinacionales de adiestramiento. La educación o instrucción no debe limitarse tan sólo al pregrado, sino que serán también, las mismas instituciones, las encargadas de la educación de postgrado, que, en principio, deberá atender a una adecuada y racional planificación; y algo que es de trascendental importancia, como lo es la educación continuada del egresado, uno de cuyos objetivos más importantes es mantener actualizados los conocimientos del personal, evitando, además, en cierta forma, el aislamiento y la frustración que tan comúnmente hacen presa del personal que labora en el medio rural sobre todo, y hasta del que se desempeña en pequeñas ciudades. Es oportuno señalar la necesidad de considerar lo relativo al desarrollo de nuevas áreas o especialidades dentro de la medicina y su aplicación o incorporación a los programas de atención médica y de salud pública (medicina nuclear, genética médica, etc.), a objeto de tomar las medidas conducentes para la preparación del personal requerido en estos casos. Se fomentará la creación de nuevas facultades o departamentos de ciencias de la salud en los países que acusan un mayor déficit de recursos humanos, y se fortalecerán aquellas ya creadas y en funcionamiento. Siendo los niveles medios del recurso humano los menos desarrollados, las instituciones formadoras de personal deberán brindar la atención necesaria a este sector, a objeto de lograr un adecuado equilibrio y dejar en manos del sector ya señalado algunas de las tareas que día a día realizan médicos, odontólogos y otros profesionales de nivel superior.

En la formación del recurso humano para la salud, deberá tomarse muy en cuenta la situación socioeconómica y bioecológica de la región, así como también la política que en materia de salud haya fijado el Estado; siendo responsabilidad de las instituciones educativas el crear conciencia clara de la situación y desarrollar la sensibilidad necesaria durante el periodo formativo, para que luego, en el ejercicio de la profesión, el personal sea suficientemente receptivo a los planteamientos que se le formulen en relación a la problemática existente, en el medio en el cual le corresponde actuar.

Deberán realizarse estudios que permitan conocer cuál es la situación real de los trabajadores (universitarios, técnicos y auxiliares) en las orga-

**FORMACION DE PERSONAL DE SALUD EN FUNCION DEL DESARROLLO PARA
AMERICA LATINA**

PLAN DEL DESARROLLO SOCIOECONOMICO DE LA NACIÓN

ORGANISMO NACIONAL MULTI-INSTITUCIONAL DE COORDINACION
(Instituciones de salud, educativas, gremiales, etc.)

PLAN NACIONAL DE SALUD
(Realidad socioeconómica y bioecológica del país)

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

PRINCIPIOS Y CARACTERISTICAS DESEABLES EN LOS PLANES DE SALUD

CARACTERISTICAS Y RECOMENDACIONES SOBRE EL PERSONAL DE SALUD

La salud, derecho fundamental de toda persona.

La salud, un fin para el ser humano y un medio para la sociedad.

La salud, una inversión productiva.

La salud, factor de desarrollo socioeconómico.

Aumento de las inversiones en salud.

Cobertura total de la población.

Desarrollo de la investigación científica en salud.

Revisión de las tendencias actuales.

CREAR OFICINAS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Investigación y desarrollo, normas, asistencia técnica y asesoría, coordinación y administración de programas de becas.

Estudio sobre recursos humanos: asistenciales y docentes.

Estudio sobre mercado de trabajo: oferta, demanda, posibilidades de incorporación de personal.

Saneamiento ambiental.

Desarrollo de la comunidad.

Prevención.

Educación sanitaria.

Curación.

Establecimiento de los costos y niveles de los servicios.

Regionalización de los servicios.

Revisión de los sistemas técnico-administrativos y legales.

ESTUDIO SOBRE MIGRACION DE PROFESIONALES Y MEDIDAS CORRECTIVAS

FORMACION DE PROFESIONALES

a) centros { universitarios, fundamentalmente (Facultad de Ciencias de la Salud)
 { no universitarios

{ colegios universitarios
 { educación media

b) áreas { prevención
 { curación
 { administración
 { investigación

c) niveles { pregrado
 { postgrado
 { educación continuada

Formación de personal para especialidades médicas nuevas.

ESTUDIO DE LA SITUACION REAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD

Funciones que desempeñan. Categorías y nomenclatura.

Utilización del personal. Evaluación del trabajo.

Remuneración, ascensos, jubilaciones, pensiones.

Mejoramiento científico y técnico.

nizaciones de la salud del Estado. Estos estudios serán hechos por las oficinas de desarrollo de recursos humanos en salud, comprendiendo, al menos, los siguientes aspectos:

- a) funciones que desempeñan los diferentes miembros del equipo humano
- b) categorías y nomenclatura aplicadas al personal
- c) formas de utilización del personal
- d) métodos empleados para la evaluación del trabajo
- e) sistemas de remuneración
- f) programas de ascensos, jubilaciones y pensiones
- g) programas de mejoramiento científico y técnico del personal.

Una vez realizados estos estudios, se establecerán las bases tendientes a definir y mejorar la situación de los trabajadores del equipo de salud al servicio del Estado, a saber: delimitar las funciones a desempeñar; uniformar los criterios de categorías y nomenclaturas; fijar las normas sobre la forma más adecuada y racional de utilizar el personal; fijar los mecanismos que permitan evaluar los resultados que se obtienen en el trabajo, y conocer cuáles son las probables causas del éxito o fracaso; crear sistemas de remuneración cónsonos con la labor social de estos trabajadores, así como con su preparación científica y su rendimiento y espíritu de superación, crear sistemas de ascensos, jubilaciones y pensiones que propicien en el trabajador de salud un estado de seguridad, lo cual redundará en beneficio de las instituciones empleadoras, y fomentar los programas tendientes al mejoramiento científico y técnico del personal.

Finalmente deberán tomarse medidas, radicales si fuese necesario, para disminuir considerablemente, si no totalmente, la corriente migratoria del recurso humano hacia otros países, mediante la creación de incentivos no sólo de orden económico, sino también en las condiciones de trabajo, que permitan la superación científica y técnica de los individuos.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. *Manual normativo para auxiliares de enfermería y otro personal similar voluntario*, 6ª ed. Caracas, 1968.
2. Villalobos C., H. Nuevas disciplinas en los estudios médicos. *Educ. méd. salud*, 5: 269-296, octubre-diciembre, 1971.
3. Villalobos C., H., y col., *La formación de los profesionales de las ciencias médicas en función del desarrollo de Venezuela*. Ponencia presentada ante el II Cong. Méd., Soc., Tema II, Maracaibo, 1972, pág. 5-9.
4. OMS/OPS., *Plan decenal de salud para las Américas*. Trabajo presentado ante la II Reun. Esp. Min. Sal. de las Américas, Santiago, 1972, pág. 72.
5. OMS/OPS., *Plan decenal de salud para las Américas*. Opus. cit., pág. 88.
6. OMS/OPS., *Plan decenal de salud para las Américas*. Opus. cit.
7. OMS/OPS., Las condiciones de salud en las Américas, 1965-1968. *Recursos Humanos de Salud*. Publicación Científica N° 207, págs. 171-179, Washington, septiembre, 1970.
8. OMS/OPS., Los condiciones de salud en las Américas. Opus. cit.
9. OMS/OPS., *Plan decenal de salud en las Américas*. Opus. cit.
10. OMS., Serie de Informes Técnicos N° 109 en Problemas del personal auxiliar de salud en la América Latina. Citado por Garza S., y Beltrán, O. *Educ. méd. salud*, 5: 236-253, julio-septiembre, 1971.
11. OMS., Serie de Informes Técnicos N° 109. Opus. cit.
12. Seminario Nacional de Educación Médica (4) y Conferencia Asociación Venezolana. Fac. (Esc.) de Medicina (2), Cumaná, 19-24 de enero de 1969. Tema II: *Formación de personal técnico de nivel medio en medicina*, AVEFAM, Publicación N° 4, Caracas, 1969, págs. 80-106.
13. Villalobos C., H. y col.: La formación de los profesionales de las ciencias médicas en función del desarrollo de Venezuela. Opus. cit., pág. 27.
14. Garza, S. y Beltrán, O., Problemas del personal auxiliar de salud en la América Latina. *Educ med salud*, 5: 236-253, julio-septiembre, 1971.
15. OMS/OPS., Las condiciones de salud en las Américas, 1965-1968. *Servicios de salud*. Publicación Científica N° 207, págs. 141-150, Washington, septiembre, 1970.
16. Seminario Latinoamericano sobre el Convenio Andrés Bello de Integración Educativa, Científica y Cultural de la Región Andina (área de la salud) -I- Maracaibo, 26-27 de noviembre de 1971. II Parte: *Documentos que sirvieron de base al I Seminario CAB* (área de la salud). UDUAL, Maracaibo, 1972, págs. 17-46.
17. OMS/OPS., *Plan decenal de salud para las Américas*. Opus. cit., pág. 3.
18. OMS/OPS., *Plan decenal de salud para las Américas*. Opus. cit.
19. La Planificación del Desarrollo en América Latina. Documento preparado por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social para la Reunión de Ministros de Salud de las Américas, Santiago, 1972, pág. 20.
20. OMS/OPS., *Plan decenal de salud para las Américas*. Opus. cit., págs. 73-74.
21. Andrade, J. *Creación de una Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela*, Caracas, 1971, pág. 18 (mimeo.).

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Basil, L. A. y otros. Universidad del Zulia. Universidad Latinoamericana, 1538-1980, s.p.i. v. 1, 2.
2. Chiappo, L. Review and analysis of problems in medical education in Latin

- America. En: Kreaus, J. R. and Cendlife, P.-G., eds. Reform of medical education. Washington, National Academy of Sciences, 1970, págs. 6-14.
3. Ministerio de Salud Pública de Chile. Recursos Humanos de Salud en Chile: un modelo de análisis. Santiago de Chile, 1970, 325 págs.
 4. Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina (VII), Maracaibo, 21-25 de noviembre de 1971. Tema II: *Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito*. UDUAL, México, 1972, págs. 99-144.
 5. Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina (VIII), Maracaibo, 21-25 de noviembre de 1971. *Comentario oficial al Tema II: Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito*. UDUAL, México, 1972, págs. 145-160.
 6. Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina (VII), Maracaibo, 21-25 de noviembre de 1971. *Comentario oficial al Tema III: La enseñanza en las escuelas de medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea*. UDUAL, México, 1972, págs. 227-229.
 7. Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina (VII), La Habana, 25-30 de octubre de 1971, OPS/FEPAFEM, Washington, 6, N° 1, enero-marzo de 1972.
 8. Conferencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina sobre Salud y Población, Santiago, 8-14 de noviembre de 1970, OPS/OMS, Publicación Científica N° 232. Washington, 1971.
 9. Gabaldón, A. Los servicios sanitarios y el desarrollo socioeconómico en la América Latina. Bol. Inform., Dir. Malarío Saneam. Ambiental 10 (1-2): 25-47, abril, 1970.
 10. García, J. C. Características generales de la educación médica en América Latina, 1969, 53 h.
 11. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Servicio Nacional de Salud, Documento General. Caracas, 1972, pág. 40.
 12. Rosales, N. y Pérez, Lilian. *Función Humana y Social del Médico. Aspecto socioantropológico*. Ponencia presentada en el foro sobre función humana y social del médico y de la medicina. Caracas, 1973, pág. 40 (mimeo.).
 13. Seminario Nacional de Educación Médica (5). Maracay, 1971. Tema único: Estudios generales universitarios en la formación de los profesionales de la salud. Relato final, pág. 13.
 14. Seminario viajero sobre organización de escuelas de medicina de América Latina. 1° Ribeirão Preto, Brasil, etc., 1962. Washington, OPS, 1963, pág. 64 (OPS, Publicación Científica N° 79).
 15. Venezuela. Oficina Central de Coordinación y Planificación. IV Plan de la Nación, Programación de la salud. Caracas, 1970, 2 v.
 16. Villarreal, R. Editorial: Problemas y tendencias de la educación media en la América Latina. Educ. méd. salud, 3: 259-266, octubre-diciembre de 1969.

COMENTARIO OFICIAL — TEMA II

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO

Por Julio DE LEÓN M.*

En la actualidad, a menudo se habla de la formación de los profesionales de la salud en función del desarrollo, cuando es en realidad el desarrollo de una colectividad lo que norma la formación de ese personal de salud.

No es el estado de salud el que va a provocar un cambio de sistema social, sino el cambio social el que va a modificar el estado de salud. Es ese nuevo estado de salud el que condiciona el personal que se necesita para mantener y mejorar la salud dentro del nuevo *status*.

Sin embargo, estamos de acuerdo con el desarrollo y enfoque que el Dr. Heber Villalobos hace del Tema II de esta Conferencia, por lo que no redundaremos en la puntualización que realiza en el decurso del mismo, sino únicamente recalcaremos hechos sobresalientes que no nos deben pasar desapercibidos si queremos entender la magnitud del problema y no llamarnos a engaño en la solución del mismo, quedándonos como dice Leopoldo Chiappo, en el papel de tañidores de lira mientras el voraz incendio consume nuestras sociedades.

La miseria, analfabetismo y enfermedad que sufrimos son consecuencia del subdesarrollo en que nos hallamos sumergidos, producto a su vez de la dependencia centenaria que nos agobia y que nos encierra, hasta que logremos cortar el cordón umbilical externo e interno que nos hace doblemente dependientes.

Por eso todas las recomendaciones que elaboremos para mejorar nuestros niveles de bienestar, vendrán a estrellarse con el muro pseudo-capitalista que separa nuestro realismo de nuestro idealismo.

Cuando observamos el diagrama que el Dr. Villalobos nos trae de la demanda y prestación de servicios de salud, no dejamos de sentir la gran tentación de presentar a vuestra consideración el que nosotros hemos creado como imagen de nuestro subdesarrollo en materia de salud. (Figura 1).

El círculo representa el universo de nuestro estado de salud, en medio

* Director Ejecutivo de ACAFAM, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Medicina.

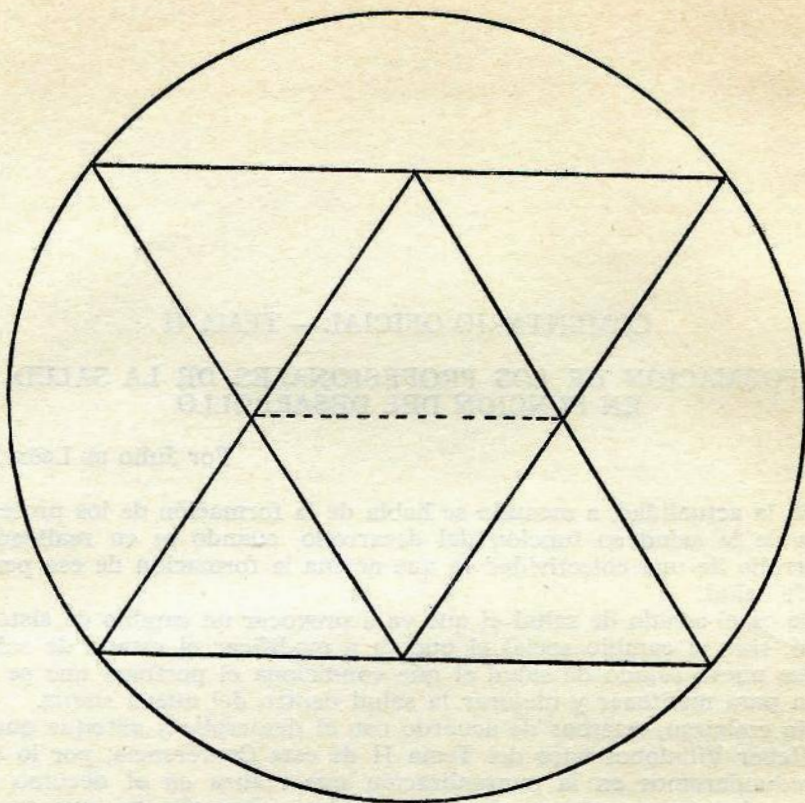


FIGURA. 1

del cual dos triángulos se entrecruzan, uno de base inferior y vértice superior, que representa al contingente humano que recibe la atención del personal de salud, representado por el triángulo invertido de base superior y vértice inferior. Es fácil observar cómo un mínimo del contingente atendido (vértice triángulo inferior) recibe la atención del máximo del personal de salud (sector privilegiado), y cómo el máximo del contingente atendido (base del triángulo inferior) recibe la atención del mínimo del personal de salud (vértice del triángulo superior), es decir, el sector no privilegiado; y por si eso fuera poco, quedan cuatro segmentos en los cuatro puntos cardinales, que no tienen acceso al privilegio de la salud. Es éste el problema de la salud de casi toda Latinoamérica.

¿Y cómo hemos hecho frente a este panorama desolador? Pues creando decenas de instituciones que forman y utilizan el poco personal de que disponemos, avalado y ayudado por una anarquía presupuestaria, administrativa y de planificación en que se duplican esfuerzos, se dilapi-

dan recursos y se burla el derecho a vivir mejor de nuestras poblaciones.

Es decir, debemos tener bien claro que mientras no poseamos organismos únicos de salud que sean los que planifiquen, dirijan y administren la formación y la utilización de nuestro personal de salud, la cantidad y calidad del que formemos siempre fallará, siempre será insuficiente; nunca cumplirá su cometido por falta de una planificación, dirección y administración única que obedezca, entonces sí, a una política de salud clara y definida que obedezca a su vez a un diagnóstico de salud hecho en tiempo, satisfecho y tratado en tiempo, y no cuando las circunstancias son muy otras que cuando se hizo el tan socorrido diagnóstico de salud.

Tampoco debemos olvidar que el médico, eje de todo el equipo de salud en la actualidad, ha perdido terreno, no se ha sabido adaptarlo a las situaciones cambiantes de nuestra sociedad y sigue siendo formado ideológicamente, como cuando nacieron las profesiones liberales, al caer el feudalismo y nacer el capitalismo; es decir, se le sigue formando y educando para el ejercicio privado de la profesión.

Pero como no podemos seguir esperando que llegue el llamado "cambio de estructuras" y el lema de esta VIII Conferencia Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina es: "El médico que Latinoamérica necesita", nos atrevemos a proponer el siguiente modelo teórico que puede ser un motivo de discusión si se desea: (Figura 2).

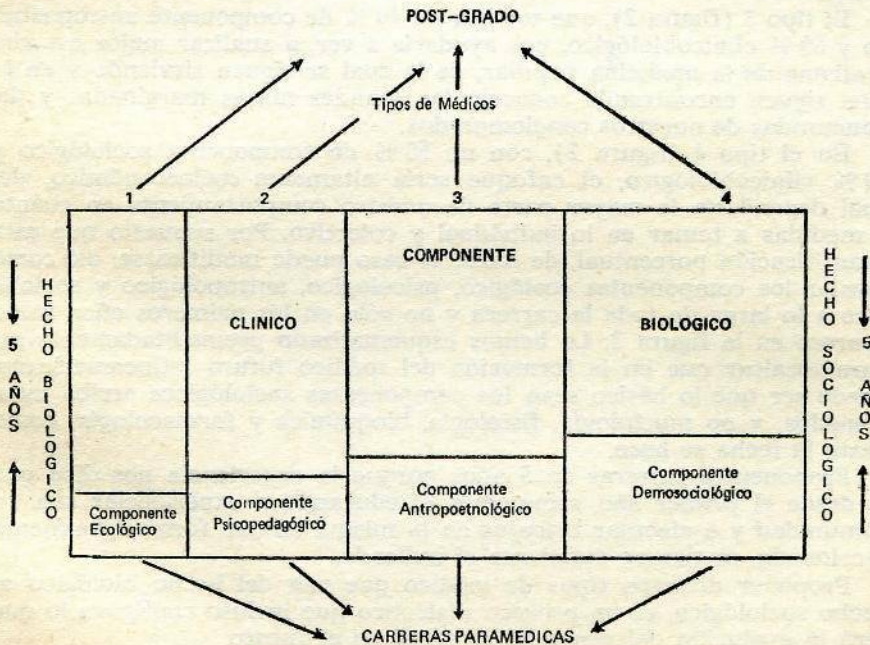


FIGURA. 2

La razón principal de esta proposición es que el médico que continuamos formando es de un solo tipo, dedicado a resolver problemas de medicina curativa, y con un pregrado de mucha duración (nunca menor de 6 años). Es decir, debemos diversificar el pregrado del médico desde un principio, formando varios tipos de médicos que según su escogencia o vocación oscilen entre el Hecho Biológico y el Hecho Sociológico, cubriendo diversos campos de acción social que funcionarían a manera de especializaciones tempranas, pero no como partes de un todo (el individuo), sino como partes integrantes de otro todo (la sociedad). Esto vendría a romper con el concepto de "Médico General" que todas nuestras escuelas enuncian entre sus objetivos generales, pero que en la práctica no funciona, no cumple su cometido, ha perdido terreno como decíamos arriba, se apiña en los grandes centros urbanos, se frustra al chocar con la realidad reinante y se fuga de su clase y sociedad que lo necesitan.

El tipo 1 del cuadro (figura 2), sería el médico que ahora producimos, con un 20 % de componente ecológico y 80 % clinicobiológico, para hacer frente a la patología que aún adolecemos.

El tipo 2 (figura 2) tendría un 30 % de componente psicopedagógico y 70 % clinicobiológico, y nos daría un personaje mejor intérprete del fenómeno salud-enfermedad en la familia y la comunidad, así como una mejor interpretación de las actitudes psicológicas y educativas del humano. Pudiera ser que de este tipo 2 surgiera nuestro futuro personal docente.

El tipo 3 (figura 2), que tendría un 40 % de componente antropológico y 60 % clinicobiológico, nos ayudaría a ver, a analizar mejor ese sincretismo de la medicina popular, de la cual se siguen sirviendo y en la cual siguen encontrando consuelo las grandes masas marginadas y de pauperadas de nuestros conglomerados.

En el tipo 4 (figura 2), con un 50 % de componente sociológico y 50 % clinicobiológico, el enfoque sería altamente socioeconómico, del cual dependería la mayor parte de nuestro comportamiento en cuanto a medidas a tomar en lo individual y colectivo. Por supuesto que esta cuantificación porcentual, de darse el caso puede modificarse, así como escalar los componentes ecológico, psicológico, antropológico y sociológico a lo largo de toda la carrera y no sólo en los primeros años como aparece en la figura 2. Lo hemos esquematizado premeditadamente así para recalcar que en la formación del médico futuro latinoamericano, puede ser que lo básico sean los componentes sociológicos arriba mencionados, y no morfología, fisiología, bioquímica y farmacología, como hasta la fecha se hace.

Proponemos carreras de 5 años porque la experiencia nos dice que si desde el primer año sometemos al educando a experiencias con su comunidad y a efectuar trabajos en la misma en una forma igualmente escalonada, es tiempo suficiente el indicado.

Proponer diversos tipos de médico que van del hecho biológico al hecho sociológico, es un proceso dialéctico que incluso configura lo que será la evolución del personal de salud en el futuro.

Igual cuantificación curricular puede darse a las carreras de postgrado, así como a las del personal técnico y auxiliar.

Es indudable que esto haría más difícil la tarea de las facultades,

divisiones o centros de Ciencias de la Salud, pero no debemos esperar solucionar un problema complejo con una solución sencilla.

Puede argumentarse principalmente en contra de esta programación, que ya existen ecólogos, psicólogos, antropólogos y sociólogos médicos; pero su cantidad es tan escasa que su existencia no repercute ni repercutirá beneficiosamente en la solución de nuestros problemas de salud.

Otra proposición que no quiero dejar pasar al comentar el trabajo del Dr. H. Villalobos y que incide ya no sólo en la formación de personal de salud, sino de todos los contingentes humanos que necesitamos para el futuro, es la de sacar a nuestras universidades de las prisiones de cristal de su autonomía, para hacer de cada país, o de cada región la Universidad, interrelacionándola con el Estado y su territorio respectivo. (Figura 3).

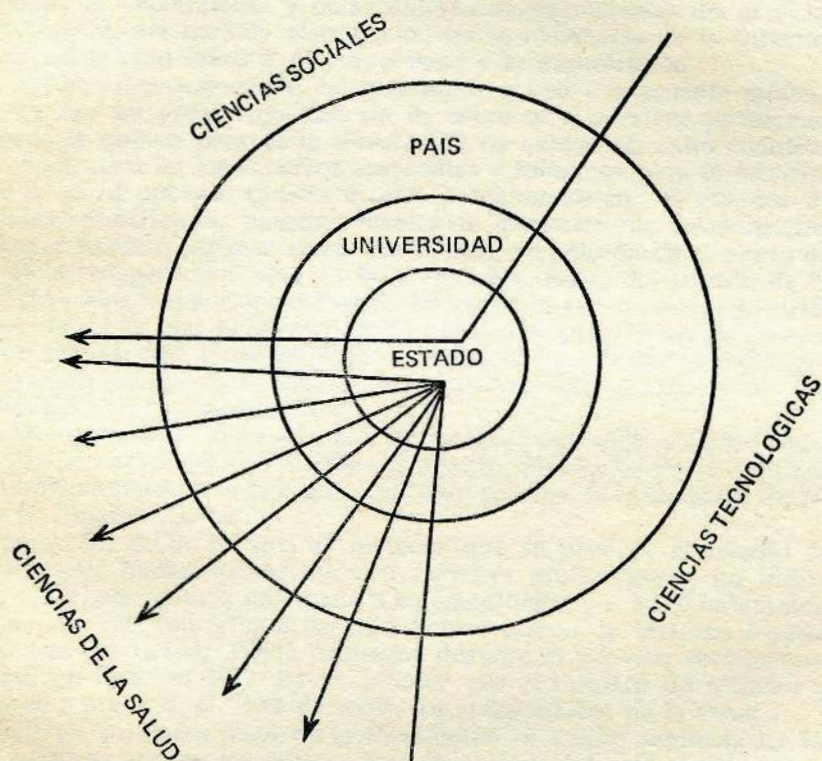


FIGURA. 3

En un corte transversal se vería como aparece en la figura 3, pero al observarlo frontalmente serían como tres conos imbricados e interrelacionados por los vértices, puntos medios y las bases. Se dan al Estado, por vía centrípeta, personal de dirección, planificación, administración, etcétera, y al país en una forma centrífuga, investigación y servicio; lo que unido a la docencia implícita en su nombre, daría a la Universidad

su verdadera razón de ser. No habría una separación entre las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales y Tecnológicas, sino puentes de unión que darían a todas nuestras actividades continuidad, secuencia e integración.

Para terminar, únicamente quiero hacerlo con una pregunta que el Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz, Decano de la Facultad de Medicina de Costa Rica, planteó al auditorio de la VII Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina hace dos años: ¿Podrían cumplirse todos estos propósitos y objetivos dentro del sistema capitalista?

COMENTARIO OFICIAL.— TEMA II

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO

Por José A. LLORENS FIGUEROA *

Lo ponencia presentada por el Dr. Villalobos, motivo de este comentario, pone en evidencia la problemática de los países de América Latina en la atención médica y la necesidad de un ordenamiento en la formación de los profesionales de la salud en función del desarrollo. Hace una exposición detallada de múltiples factores que condicionan los bajos niveles de salud en América Latina: elevada mortalidad infantil, alta tasa de natalidad, desnutrición, endemias rurales, falta de saneamiento, etc., en una población que en más de su tercera parte no recibe los servicios mínimos de salud, a pesar del Plan Decenal de Salud suscrito en la Carta de Punta del Este.

Al buscar fundamentos para sus recomendaciones tuvo necesidad de abordar aspectos socioeconómicos que inciden en el estado actual que ofrecen los recursos humanos y los niveles de salud en América Latina, con todas las características de una región subdesarrollada, consecuencia de una estructura económica, política y social que domina el proceso de la educación médica y la influencia que ésta puede tener en el desarrollo del sector de la salud.

Creemos útil que en este breve comentario hagamos un análisis de nuestros puntos de vista en la formación de profesionales de la salud, haciendo énfasis en la formación del médico que América Latina necesita, en base a las experiencias que nuestro país puede brindar en los sectores de la educación y la salud pública, resultados de una profunda transformación social.

Si nos preguntamos cuál es el médico que América Latina necesita debemos responder en forma concreta, pero precisa: es aquel que se forme estrechamente vinculado a los problemas políticos y sociales, con un concepto integral del hombre como unidad bio-psico-social, con un concepto ecológico del fenómeno salud-enfermedad y un criterio integral preventivo-curativo; con la formación de un pensamiento científico que aúne la teoría con la práctica; con una formación en el trabajo, cono-

* Doctor en Medicina, Vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana (Cuba).

dor del trabajo manual y de servicio; con una actitud positiva al trabajo colectivo en equipo; conocedor de los valores culturales de nuestra sociedad.

Este marco conceptual debe satisfacer las necesidades de nuestros pueblos y satisfacer efectivamente las inquietudes de los estudiantes, pero tiene que apoyarse, sin lugar a dudas, en una política de salud consecuente.

La educación como proceso social se encuentra presente en todas las sociedades humanas. Su presencia en cada sociedad no permanece estable, fija, sino que como superestructura que es, cambia de acuerdo a las formas de producción de cada sociedad.

La medicina es también una ciencia social y los que se formen en ella tienen que vibrar continuamente dentro de los problemas de su pueblo. La formación del médico tiene que ir mucho más allá de los conceptos vinculados a preocupaciones impregnadas de carácter personalista e individual; es necesaria la formación de un profesional en el que se encuentren balanceados los elementos preventivos y curativos y, sobre todo, tenga un concepto cabal de la medicina social.

El médico por sí solo sería incapaz de resolver los problemas de la salud. Tiene que integrarse en equipos de trabajo con el resto de los profesionales, técnicos y auxiliares que cumplen funciones de salud, para el ejercicio de una verdadera medicina comunitaria, razón por la cual la formación de todo este personal adquiere la mayor importancia.

Para preparar un médico con las características señaladas es necesario incorporar a los planes de estudio los conceptos y técnicas pedagógicas modernas, conscientes de que estamos preparando los profesionales de la salud para hoy y para mañana.

Nuestra época ha sido testigo del desarrollo exponencial de los conocimientos científico-técnicos, que en el campo del saber biomédico se duplican cada 6 a 10 años. Ante tal desarrollo la mera información a los estudiantes no puede ser la base de la educación médica. Una de las soluciones al cúmulo masivo de informaciones está en el empleo de métodos activos de autoeducación y la adquisición por parte de los estudiantes de un pensamiento científico que les permita entender y dar respuesta a la medicina del futuro. Otro aporte pedagógico es la organización de planes de estudio flexibles, que permitan transformaciones de acuerdo a los cambios científicos y sociales. La enseñanza médica no puede estar ajena a los cambios dentro de la organización de la salud del país; por el contrario, los planes de estudio deben ser todo lo maleables posible para adecuarse constantemente a los cambios que en aquélla se operen.

La enseñanza de las ciencias médicas debe tener un carácter integrador que permita el estudio de un fenómeno sin una parcelación que le es ajena y que la mente introduce para hacer posible la aplicación de modelos ya elaborados. Una integración de tal naturaleza exige una transformación del plan de estudios que posibilite que a través de las unidades didácticas puedan brindársele al estudiante los aspectos de salud y enfermedad globalmente, con un concepto de integración que contemple los siguientes aspectos: integración de las ciencias básicas y las clínicas, integración de lo psíquico y lo somático, integración de la medi-

cina preventivo-curativa y, de manera muy especial la integración del estudio y el trabajo.

Tradicionalmente el estudiante, como categoría social, disfruta de una serie de concesiones con respecto a otros grupos de la sociedad, al eximirse de realizar actividades de trabajo. Esta desvinculación entre estudio y trabajo constituye uno de los problemas más importantes de la educación médica en el momento actual. En Cuba hemos logrado un proceso formativo por medio de la educación que se realiza desde la niñez hasta el postgrado, con una actividad permanente de estudio y trabajo, de desarrollo de la personalidad, de integración y comunicación con la sociedad, lo cual, junto con las transformaciones en las relaciones de enseñanza, ha llevado a profundos cambios en la formación de profesionales de la salud.

El trabajo como elemento educador fue concebido por grandes pensadores que como Marx y Martí ligaban la escuela al trabajo, proponiendo escuelas donde se recibiría una educación integral y que educaran para la vida.

Esta concepción de estudio y trabajo, enraizada en su fundamento pedagógico, es un elemento activo en la formación del carácter y la práctica futura del profesional. Las actividades laborales deben estar incluidas en el plan de estudios al mismo tiempo que cumplan los objetivos de formación científico-técnica y constituyan elementos formadores de conciencia laboral, aportando una experiencia previa a lo que será su perfil ocupacional. Las actividades de trabajo programadas deben tener un contenido normado y controlable en forma objetiva que permita medir sus resultados.

La enseñanza de la medicina, por otra parte, no puede efectuarse exclusivamente dentro del marco estrecho del hospital. Es necesario llevarla a otros establecimientos preventivo-curativos en las áreas de salud donde se encuentran hogares, escuelas y fábricas, precisamente allí donde se deben desarrollar las grandes tareas de promover la salud y evitar las enfermedades, y que pueden y deben convertirse en forma efectiva en áreas de enseñanza, dándole al alumno la posibilidad de que en su formación efectúe trabajos de servicio, trabajos que estén pedagógicamente planificados, con objetivos educacionales claros y sometidos a evaluación y control continuos por el personal docente universitario.

La demanda actual y futura en los problemas de salud de los países latinoamericanos exige la formación de médicos y otros profesionales de la salud cuantitativa y cualitativamente superiores, que respondan a las necesidades reales de cada país. Este desarrollo precisa la adecuación de los planes de estudio y la posibilidad de contar con estructuras docentes que permitan la entrada de grandes masas de estudiantes.

Sin embargo, es real que la formación y la especialización en los países de América Latina, están determinadas por la estructura económica, política y social, caracterizadas por una medicina individualista, ajena a los grandes problemas sociales de la mortalidad y morbilidad.

Dentro de la sociedad capitalista es frecuente que el médico esté ignorante del cuadro de salud de la población, que en definitiva poco interesa para cumplir los objetivos de una sociedad mercantilista en la que la ganancia es lo primero y el servicio médico se transforma en mercancía. Los tuberculosos, los desnutridos, los prematuros, las enfer-

medades diarréicas no motivan a este tipo de médico, porque en la sociedad capitalista los que pagan no mueren de estas afecciones. En otras palabras, la estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social.

En la ponencia el Dr. Villalobos plantea el fenómeno de la "migración de profesionales", del sector de la salud, lo que nosotros llamaremos "robo de cerebros".

Realmente este fenómeno no se limita al sector de la salud solamente, y como se asevera en la ponencia viene a agravar el déficit de personal ya existente. Sabemos que la razón fundamental de esta "migración" no es el interés de los profesionales de América Latina por la superación científica y técnica, y ni siquiera la aspiración personal a mayores ingresos o la falta de empleos asegurados a todos los egresados. No, éstas no son las causas principales de este fenómeno. No, éstas son simplemente las consecuencias de la política imperialista de saqueo y explotación a los pueblos de América Latina. Los Estados Unidos "captan" a nuestros graduados, a nuestros profesionales, sólo para su beneficio y en detrimento del desarrollo de los países latinoamericanos.

Los Estados Unidos y su imperialismo no tienen escrúpulos en utilizar profesionales de la medicina y de todas las ramas del saber, formados en América Latina a expensas del sacrificio que supone la educación superior en países subdesarrollados y pobres, ofreciendo, desde luego, todo tipo de estímulos.

Pero este "robo de cerebros" va más allá. Existe una variante más sutil, más alevosa por parte de la política norteamericana en el campo de la investigación científica. Fundaciones científicas de los Estados Unidos subvencionan anualmente en todo el mundo y, claro está, también en los países latinoamericanos, investigaciones que sólo responden a sus intereses, ceden todo tipo de recursos, inversión muy barata por cierto, y recogen el fruto del esfuerzo y la dedicación de científicos e investigadores en trabajos que sólo se revierten en beneficios para su propio desarrollo, quedando relegados los problemas propios de cada país, que no son motivo de investigación, ya que no se corresponden con los intereses de las "instituciones benefactoras".

Por otra parte, en la ponencia se expresa un concepto de interrelación entre salud y producción, influencia que ejerce la salud sobre la producción, transformándola en último término en capital. Pero dadas las relaciones de producción en el sistema capitalista, este capital producido no se distribuye uniformemente y en buena parte va a engrosar las cuentas bancarias de las grandes compañías y consorcios. En un sistema social de explotación, la avidez por la producción de capital no permite concebir la salud y la formación de recursos humanos destinados a ella como un derecho de la sociedad, del hombre, porque prevalece el sentido de libre empresa con una acentuada connotación mercantilista.

La salud es un derecho del hombre que no podemos medir en términos económicos, a lo que se agrega el factor del desarrollo de los recursos como una necesidad social. Estos aspectos tratados en la ponencia se contradicen francamente. Si la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, y el hombre no es sólo un medio de la economía, sino su fin, su destino y su razón de ser, no estamos de acuerdo en que la salud deba considerarse desde el punto de vista económico como un

bien de capital, es decir, como un instrumento del desarrollo. En todo caso el desarrollo debe estar en función de la salud del hombre y su felicidad.

El proceso revolucionario en Cuba ha determinado profundos cambios en el cuadro de salud, gracias a una política nacional de salud dentro del marco general de la política de desarrollo integral de la nación. La existencia de una política para el sector y el desarrollo de un proceso de planificación han hecho posible la integración de un sistema que ha probado su eficacia, logrando una elevación importante del nivel de salud de la población.

La atención a los problemas de mayor importancia ha condicionado programas para combatir las enfermedades que hacían más estragos en la población. Así hemos llegado a erradicar el paludismo, el tétanos, la difteria, la poliomielitis y otras enfermedades comunes en el pasado. Ha habido una notable disminución en la incidencia de la tuberculosis, la mortalidad infantil, el parasitismo y la desnutrición.

El cambio socioeconómico del país unido a una consecuente política de salud, nos ha propiciado una vía de solución a nuestros problemas sanitarios. A quince años de la Revolución ha habido un salto cuantitativo y cualitativo en los recursos materiales y humanos para el desarrollo en la salud pública. Cuenta el país actualmente con el número de hospitales, policlínicas, puestos rurales e institutos de investigación para hacer frente a los más serios problemas, no sólo desde el punto de vista de la recuperación, sino de la prevención. Antes del triunfo de la Revolución sólo había disponibles 28,536 camas para la asistencia médica. Hoy contamos con 40,313 camas. El número de policlínicas ha aumentado de 161 en 1962 a 320 en 1972. El número de hospitales dedicados a la docencia de tipo universitario pasa actualmente la cifra de 50, con más de 20,000 camas disponibles.

La formación ascendente de profesionales de la salud, médicos, estomatólogos, técnicos medios, auxiliares, alcanza cifras superiores a 50 por cada 10,000 habitantes, índice que contrasta con los de la mayoría de los países de América Latina.

A pesar del éxodo masivo de médicos que se produjo al triunfo de la Revolución, hemos alcanzado, con mayores graduaciones, un índice de $1 \times 1,200$ habitantes, y en cuanto a estomatólogos, $1 \times 6,500$ habitantes.

Pero aún más importante ha sido el incremento de técnicos medios y auxiliares al graduar 39,401 formados durante el proceso revolucionario, desde 1959 hasta 1972. Es de señalar que el número de técnicos y auxiliares representa el 76 % de todos los trabajadores de la salud.

Desde los primeros años de la Revolución la acción sanitaria ha logrado permear aun en los lugares más recónditos del país, donde la población en la época prerrevolucionaria jamás había conocido ni la presencia de ningún personal de salud, ni la acción de ningún programa de ayuda sanitaria. El servicio social rural ha logrado cambios significativos, concebido en función de los programas y sistema de salud del país. Hoy existen hospitales y puestos médicos rurales a lo largo de todo el país, garantizando el derecho del hombre a la salud.

No menos importante ha sido la participación del pueblo a través de las organizaciones de masa en el desarrollo de los programas de salud. Con la colaboración de estas organizaciones han sido posibles las campa-

ñas de vacunaciones masivas, el pesquisaje de enfermedades, encuestas epidemiológicas y una educación sanitaria a toda la población.

Para puntualizar el avance que ha tenido la salud pública en nuestro país debemos mencionar dos aspectos que realmente revisten caracteres trascendentales y que deben transmitir fielmente el nivel alcanzado. Uno es el hecho que en el año de 1972 el porcentaje de nacimientos en instituciones alcanzó la cifra de 93.8. El otro se refiere a la disminución de la mortalidad infantil, cuya tasa por cada 1,000 nacidos vivos en 1972 fue de 27.4, siendo la neonatal precoz de 14.9. Estos ejemplos sin lugar a dudas, deben reflejar no sólo el nivel de organización sino la influencia que la formación de recursos humanos ha tenido en alcanzar estos índices.

A nuestra sociedad socialista corresponde una educación socialista cuya misión primordial es lograr la formación de hombres y mujeres revolucionarios, política e ideológicamente preparados con pleno desarrollo de su personalidad en la construcción activa y consciente de la nueva sociedad.

La Universidad no puede estar al margen de los problemas de la salud. Dentro de la concepción de la universalización de la enseñanza, la Revolución ha establecido la formación de revolucionarios técnicamente preparados, el papel más destacado de la Universidad, conjuntamente con el vínculo estrecho de ésta a la sociedad y su contribución con sus cuadros científico-técnicos al desarrollo de la producción y los servicios.

Finalmente debe ponerse en evidencia, con toda claridad, que la salud sólo tiene un valor real si ella es causa de eficiencia y de felicidad; que la salud tiene el valor de las actividades que permita emprender y de los valores espirituales y culturales que permita disfrutar.

TERCERA SESIÓN PLENARIA

Martes 27 de noviembre, 1973

9.00-12.00 hs. — Salón del Congreso Pleno

PONENCIA OFICIAL — TEMA III

RELACIÓN ENTRE LA DEMANDA Y LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD *

Héctor CASTRO ABITIA ** y
Ramón ARRIZABALAGA A. ***

SUBTEMA I. Cuantificación de la demanda actual.

Según lo expresa Abraham Horwitz, un millón de latinoamericanos carecen de servicios mínimos de salud.

A. *Personal de salud actual*

1. Personal médico

En el año de 1969 había 172,332 médicos en América Latina, con una razón de 6.7 médicos por cada 10,000 habitantes. De ellos, 46,138 estaban en Mesoamérica (5.3 por cada 10,000 habitantes) y 126,194 en América del Sur (7.4 por cada 10,000). Ver cuadro 1.

La razón de médicos por habitantes en 1969 fue 8 % mayor en Mesoamérica y 32 % en América del Sur, en relación con 1960.

La proporción según países en 1960, fluctuaba desde 13 por cada 10,000 habitantes para Argentina, hasta menos de un médico en Haití;

* Esta ponencia oficial sobre el Tema III de la VIII Conferencia fue encargada a dos distinguidos profesionales mexicanos. Fue dividida por ellos en los Subtemas siguientes:

I. Cuantificación de la demanda actual: A) Personal de salud actual; B) Factores que inciden en la demanda.

II. Recursos humanos de Ciencias de la Salud.

III. Ritmo y características de la formación actual de recursos humanos para la salud.

IV. Estimativos de necesidades de formación de personal, de acuerdo con: A) Crecimiento demográfico; B) Económico.

Los dos primeros Subtemas estuvieron a cargo del doctor Héctor Castro Abitia y los dos últimos del doctor Ramón Arrizabalaga, ambos de México.

** Director de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Autor de los Subtemas I y II de esta ponencia.

*** Director de la Escuela de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México. Autor de los Subtemas III y IV.

esas proporciones cambiaron a 22.4 para el primer país y 0.7 en Haití. tres países (Uruguay, Venezuela y Cuba) en 1969 tenían más de 8 médicos

CUADRO 1. Número y razón de médicos por habitantes en América Latina; 1960 y 1969

Años	Mesoamérica		Sudamérica		Total A. L.	
	Núm.	Razón	Núm.	Razón	Núm.	Razón
1960	32,833	4.9	81,191	5.6	114,024	5.2
1969	46,138	5.3	126,194	7.4	172,332	6.7
Incremento en 9 años		41 %		55 %		48 %

FUENTE: Revista *Educación Médica y Salud*, OPS, Vol. 3, Nº 4, 1969.
Razón: Por cada 10,000 habitantes.

por cada 10,000 habitantes, y 10 países tuvieron entre 5 y 8. De los 16 países estudiados, todos, excepto 5, incrementaron esas proporciones de 1960 a 1969. En algunos de ellos este incremento fue del orden del 50 % o más.

El incremento analizado en párrafos anteriores, aun cuando numéricamente es real, no corresponde a las necesidades sociales, por su inadecuada distribución geográfica, con muy pocos médicos en comunidades rurales y suburbanas y fuertes concentraciones en las urbanas.

En las comunidades altamente urbanizadas las razones fluctuaron desde 33.7 hasta 5.3 por cada 10,000 habitantes. En 9 de los 16 países estudiados había 10 o más médicos por cada 10,000 habitantes en las grandes ciudades. En los otros 7 esas razones fluctuaron entre 12.1 para Argentina y 0.3 para Haití. En cinco países se encontraron menos de dos médicos por cada 10,000 habitantes fuera de las grandes ciudades; y de esos cinco países, cuatro tienen alta proporción de población rural. La mala distribución de médicos está condicionada dentro de otros factores, a la escasez o ausencia de servicios de diagnóstico y tratamiento, a la situación de pobreza existente, deficientes comunicaciones y carencia de otras comodidades que sí ofrecen las comunidades urbanas de mayor desarrollo.

La proporción de médicos por número de habitantes que se analiza, se correlaciona con el ritmo de formación de dichos profesionales, condicionado a su vez al número de escuelas de medicina y de médicos que éstas producen, y al incremento demográfico, este último, generalmente más acelerado que el de formación de médicos, impide variar favorablemente la razón del número de médicos al de habitantes.

En la primera mitad del presente siglo, el incremento del número de escuelas de medicina fue muy lento. En cambio en la segunda mitad, de 98 escuelas que existían en 1960 en América Latina, aumentó a 158 en 1970. El 54 % de estas escuelas son pequeñas y tienen menos de 500 alumnos, el 23 % son medianas con 600 a 1,000 alumnos, y el 24 % tienen más de 1,000 estudiantes. (*Educación Médica y Salud*, Vol. 3, Nº 4, 1969).

Once de los 16 países estudiados tienen sólo una escuela y en ellos, éstas son pequeñas, a excepción de la de Uruguay.

Por países en 1969, Brasil tenía el 44 % de las 158 escuelas de América Latina, y el 15 % México. Hay también notables diferencias en la distribución porcentual de los estudiantes de medicina por países y de su proporción con la distribución porcentual de la población; tenemos en Brasil, Argentina y México el 76 % del total de estudiantes de medicina matriculados en América Latina, en tanto que su población total es sólo el 60 % del conjunto de países latinoamericanos. La falta de correlación la explican factores sociales y económicos diferenciales de unos países a otros.

Las 60 nuevas escuelas de medicina establecidas en América Latina lograron un incremento de 6,700 nuevos médicos en 1960, a 10,000 en 1968, aumentándose también la razón médico-número de habitantes.

Si se aceptara que para 1975 las 158 escuelas de medicina de América Latina estuvieran graduando médicos y que conservaran el mismo número promedio de alumnos que en 1968, se habrán de graduar 14,466 en 1975, alcanzándose una razón de 7 por cada 10,000 habitantes, y posiblemente de 7.6 para 1980, contra la de 5.2 en 1960 y 6.7 en 1969.

2. Cirujanos dentistas

La razón de dentistas a población ha tenido pocos cambios en la década de los 60. En el cuadro 2 puede verse que en Mesoamérica hubo un incremento importante del número de dentistas de 1960 a 1969; pero el incremento demográfico acelerado hizo que la razón variara muy poco:

CUADRO 2

Años	<i>Mesoamérica</i>		<i>Sudamérica</i>		<i>Norteamérica</i>		<i>Total para A. L.</i>	
	<i>Núm.</i>	<i>Razón</i>	<i>Núm.</i>	<i>Razón</i>	<i>Núm.</i>	<i>Razón</i>	<i>Núm.</i>	<i>Razón</i>
1960	5,203	0.8	35,852	2.5	—	1960 5.3	41,055	1.8
1969	7,514	0.9	48,301	2.8	—	1964 4.9	56,415	1.7

de 0.8 a 0.9 dentistas por cada 10,000 habitantes. En Sudamérica este fenómeno de lento incremento en la formación de dentistas para un gran aumento demográfico, llevó también a un cambio ligero de la razón de 2.5 en 1960 a 2.8 en 1969. En América del Norte tanto el número de dentistas como la razón han ido en descenso, de 5.3 en 1960 a 4.9 en 1964. En Colombia, la razón es de un odontólogo por cada 7,460 habitantes; en México, de uno por cada 37,000 habitantes, y en Chile oscila desde 2.972 hasta 3.36 por cada 10,000 habitantes.

Con estos profesionistas se repite también el hecho de su mala distribución geográfica, con fuerte concentración en zonas urbanas y casi abandono del medio rural.

En 1960 existían 77 escuelas de odontología en América Latina, y para 1970, 94 escuelas, produciéndose un incremento en este lapso de 17 escuelas. En general sus objetivos, contenido, metodología educativa y sistemas evaluativos han sufrido pocos cambios en las últimas décadas.

Esta situación, aunada al grave problema de patología bucodental y al rápido incremento demográfico, exige reformas fundamentadas en la realidad social actual y futura, en el mejor aprovechamiento de la tecnología moderna para la enseñanza, la investigación y el servicio social, y en las abundantes y prometedoras experiencias de formar personal a nivel medio y profesional capacitado, en un tiempo razonable que permita desarrollar políticas de salud bucodental de más amplia cobertura y eficiencia.

Según estudio efectuado en 1968, en América Latina se dictaron 27 cursos en 12 países encuestados; 5 para técnicos dentales de laboratorio, 11 para asistentes dentales, 7 para higienistas y 4 para adiestramiento de enfermeras dentales. En 1967 se adiestraron 460 auxiliares en 24 países de América Latina, lo cual indica la lentitud del proceso y ritmo con que se está preparando un personal de salud tan indispensable, situación que exige cambios urgentes.

Las experiencias tenidas al respecto en Colombia, Venezuela, Chile, Argentina y Brasil, con programas de investigación para conocer la utilización de los servicios de salud dental y evaluar la enseñanza de la medicina dental y los recursos existentes, deben incrementar su divulgación a nivel continental, así como también el resultado de cursos para el diseño de equipo dental simplificado a auxiliares dentales.

Impulsar el adiestramiento y utilización de auxiliares dentales hará posible ampliar la cobertura de estos servicios a más amplios sectores de población, a más corto plazo y menor costo (*Educación Médica y Salud*, julio-septiembre, 1970).

3. Enfermeras

La carrera de enfermería, por su importancia, después de la segunda guerra mundial ha recibido fuerte impulso a nivel internacional, pero vuelve a observarse que el ritmo de formación de este profesional es desproporcionalmente lento a la gran demanda que de él se tiene.

Esto explica la razón tan baja enfermera-población en nuestro continente, como puede verse en el cuadro 3, y que la enfermería sea considerada el área crítica dentro de los recursos humanos de salud para la región.

CUADRO 3. Número y razón de enfermeras por habitantes en América Latina; 1964 y 1969

Años	Mesoamérica		Sudamérica		Total en A. L.
	Núm.	Razón	Núm.	Razón	
1964	31,998	3.7		2.6	
1969	34,998	3.7	4,000	2.3	72,274

Razón por cada 10,000 habitantes.

En Mesoamérica hubo un incremento de 3,000 enfermeras en 5 años. El incremento porcentual de enfermeras es igual al incremento demográfico, y ello explica lo invariable de la razón encontrada.

Por países, existen grandes variaciones en la razón enfermera-población: 20 a 26 por cada 10,000 habitantes para Jamaica y Barbados, 2,8 en México, 0,5 en la República Dominicana, y en 10 países fue menor de dos.

4. Auxiliares de enfermera

Estas razones bajas de enfermeras y demás personal de salud, que llevan una tendencia a estabilizarse e incluso a reducirse, vuelven más apremiante la necesidad de esfuerzos mayores para la formación, a ritmo más acelerado, de personal profesional de salud, de técnicos medios y auxiliares, en ciencias de salud, que requieran menor tiempo y costo, como está sucediendo actualmente con las auxiliares de enfermería cuya formación y utilización se ha incrementado en todo el continente (cuadro 4).

CUADRO 4. Número y razón de auxiliares de enfermería por habitantes en América Latina; 1964 y 1969

Años	<i>Mesoamérica</i>		<i>Sudamérica</i>		<i>Norteamérica</i>		Total en A. L.
	Núm.	Razón	Núm.	Razón	Núm.	Razón	
1964	72,995	8.4	156,038	9.2		53.0	229,033
1969	81,995	8.6		11.2			

Razón por cada 10,000 habitantes.

En América Latina en 1964 había 229,033 auxiliares de enfermería con razones de 8.4 y 9.2 por cada 10,000 habitantes para Mesoamérica y Sudamérica, respectivamente, y 53 para Norteamérica. No obstante que las mejores condiciones socioeconómicas de este país permitirían formar, en número y ritmo, personal más calificado, dadas las grandes ventajas que tiene la auxiliar de enfermería, con ellas se ha logrado en forma sorprendente una razón de esa magnitud.

En el lapso de 1964 a 1969 la razón cambió en 0.2 para Mesoamérica y en 2.0 para Sudamérica, debido en parte a la reclasificación del personal de enfermería en Argentina, a favor, como puede verse, del grupo de enfermeras graduadas sobre el de auxiliares de enfermería. En Perú la razón de este personal aumentó en 100 % y 200 % en Colombia.

La proporción de enfermeras y axiliares de enfermería por médico, es de 2.2 y 3.4, respectivamente, en América del Norte, de 0.7 y 1.6 en Mesoamérica, y de 0.3 y 1.3 en América del Sur.

Actualmente en América Latina se hacen esfuerzos por considerar la enseñanza de enfermería dentro de una estructura académica adecuada a situaciones reales, adaptando los programas a las necesidades particulares y a la problemática de salud de cada país.

Se están estableciendo cursos avanzados de enfermería a nivel universitario para capacitar enfermeras en funciones de planificación, supervisión, asesoría y docencia. Además se desarrollan cursos a nivel medio y de auxiliares.

Según dicho estudio, en 1959 había únicamente 30 escuelas de enfermería a nivel universitario en América Latina, subiendo a 72 en 1970, y en esta última fecha, 15 de las escuelas dependientes de los ministerios de Educación o Salud, fueron clasificadas como institutos de enseñanza superior. A nivel intermedio había en esa fecha 213 escuelas, o sea el 70 % de las escuelas de enfermería.

5. Otro personal de salud

Existe poca información estadística sobre recursos y centros de adiestramiento de otro personal capacitado, que no es menos importante en la integración de equipos interdisciplinarios de salud. Las instituciones educativas y aplicativas de ciencias de la salud, utilizan y necesitan un variado y gran número de especialistas paramédicos, trabajadoras o asistentes sociales, técnicos en saneamiento, ingeniería sanitaria, médicos veterinarios, estadísticos, educadores de salud, inspectores sanitarios, etcétera.

En 1960 había en América Latina 45 escuelas de medicina veterinaria, que aumentaron a 74 en 1970. En dicho año se impartieron 70 cursos cortos para 2,784 técnicos en saneamiento ambiental, y había 18 escuelas de salud pública funcionando en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Venezuela. En estas escuelas se adiestra en salud pública a médicos, enfermeras, dentistas, ingenieros sanitarios, administradores de hospitales, y otro personal.

B. Factores que inciden en la demanda de personal de salud

1. Mortalidad

Como la notificación de la morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias es muy deficiente en América Latina, se consideran más útiles sus coeficientes de mortalidad como indicadores para planificar y evaluar la salud pública.

En esta región del continente las tasas de mortalidad general, y específicas por enfermedades evitables y por grupos de edad, siguen siendo muy elevadas en comparación con las mismas ocurridas en los Estados Unidos; la comparación entre estas dos regiones del continente ilustra el desnivel que al respecto ocurre.

Considerando que las tasas de América Latina fueran iguales a las de los Estados Unidos de América, en lugar de 1,027,000 niños menores de 5 años que fallecieron en América Latina en 1969, en los Estados Unidos de América ocurrieron únicamente 236,000 defunciones en el mismo año.

Se observa que si las condiciones generales de vida, y en particular el personal de salud en América Latina fueran mejores, no hubieran muerto 791,000 niños, de los cuales 491,000 son menores de un año, y 300,000 de 1-4 años de edad. Este fenómeno, que como se verá se repite a continuación con otras variables, debe ser conocido y atendido, compartiendo responsabilidades entre los centros educativos formadores de personal de salud y las instituciones de servicios asistenciales.

En igual fecha murieron por enfermedades diarreicas en América

Latina 179,000 niños, equivalente al 17 % del total de muertes de niños menores de 5 años.

En los Estados Unidos de América fallecieron únicamente 3,500 niños, resultando un excedente de 175,000 defunciones en menores de 5 años en América Latina.

El sarampión, tosferina, difteria y poliomielitis, que son enfermedades prevenibles con vacunas, fueron causa en 1969 de 57,000 defunciones de niños en América Latina contra sólo 170 por estas causas en los Estados Unidos de América. El excedente para América Latina es de 56,830 defunciones de niños menores de un año.

Por último y para no hacer interminables estas relaciones comparativas: por enfermedades respiratorias agudas, influenza, neumonía y bronquitis, murieron 217,000 niños en América Latina en 1969, contra 27,000 en los Estados Unidos de América, con un excedente de 190,000 que hubieran podido evitarse en América Latina si nuestros servidores de salud y medios de vida fueran mejorados.

Mejorar esos servicios exige hacer el diagnóstico de salud para conocer los problemas y recursos, a fin de clasificar y priorizar los primeros, y optimizar la utilización y complementar los segundos, y así planear políticas de salud ajustadas a la realidad de los países.

Los avances científicos y tecnológicos y la reestructuración de los ministerios de Educación y de Salud, con el mejoramiento de sus políticas educativas y sanitarias, han permitido progresos notables en la situación de salud de nuestros pueblos; algunas enfermedades transmisibles se han erradicado, para otras se está a punto de lograrlo, y para muchas más se hacen esfuerzos por reforzar los programas de control.

Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, de 1960 a 1968 se han reducido en un 41 % en Mesoamérica y en un 19 % en América del Sur.

Las gastroenteritis y colitis cuya incidencia y tasas de mortalidad son aún elevadas y condicionadas por la ignorancia e insalubridad del medio, son de las enfermedades que la tecnología actual podría evitar.

La malnutrición, que va casi siempre correlacionada con enfermedades infecciosas y parasitarias, es otro de los graves problemas de salud que afectan a América Latina, con tasas de mortalidad en niños menores de 5 años 100 veces más altas que los de los Estados Unidos de América.

De las 699,000 defunciones de niños menores de un año en 1969, 213,000 podrían deberse directa o indirectamente a deficiencias nutricionales como causa básica; y de las 328,000 defunciones de niños de 1 a 4 años, 154,000 serían por la misma causa. En total las defunciones de menores de 5 años por desnutrición como causa básica, sumarían 367,000.

Es éste otro de los graves problemas sociales que reclaman acciones rápidas, honestas e inteligentes que permitan nuestra independencia económica en el contexto internacional, una distribución equitativa de la riqueza de nuestros países, creación de fuentes de trabajo con salarios justos, estricta defensa de la capacidad de consumo de la población, mejor aprovechamiento por los gobiernos de los recursos disponibles en materia de salud, complementándolas, de manera de poder incrementar los bienes y servicios públicos.

Dentro de todo este planteamiento de medidas tendientes a elevar el

nivel general de vida de nuestros pueblos, es inevitable insistir en la necesidad de capacitar personal en ciencias de la salud en todos los niveles, a corto plazo y a bajo costo, conforme a un plan interinstitucional coordinado entre organismos aplicativos y educativos de salud y desarrollo, del cual habremos de intentar un resumen más adelante.

2. Expectativa de vida

Una de las metas establecidas en la carta de Punta del Este, fue aumentar en 5 años la esperanza de vida, de 1960 a 1969.

Se consideró que reduciendo en 50 % la mortalidad infantil, se lograría dicha meta. Sin embargo, este noble anhelo no fue alcanzado como se esperaba, observándose incluso en algunos países cierta reducción en los últimos años. Así, se pudo demostrar en el estudio fuente de esta información, que en América Latina la esperanza de vida aumentó en 3 años de 1960 a 1969.

Los países de América Latina se agrupan como sigue por su nivel de esperanza de vida en 1969.

<i>Grupo</i>	<i>Países</i>	<i>Esperanza de vida, 1960</i>	<i>Incremento en 8 años</i>	<i>Fluctuaciones por países</i>
I	Canadá y EE. UU.	70 años	0.5	No hubo
II	Países de Latinoamérica	65 años o más	0.5	De 1.9 años ganados a 0.9 años perdidos
III	Caribe Barbados Guayana Jamaica Trinidad y Tobago	66.1	6.4	De 3.2 años ganados a 1.9 años perdidos
IV	Chile Colombia Ecuador El Salvador México Perú	Entre 55 y 60 años	3.7	De 0.7 a 8.2 años ganados

Guatemala, que tenía en 1960 la esperanza de vida más baja, aumentó de 48.5 a 51.2 años.

El ritmo en el mejoramiento de la esperanza de vida va siendo inversamente proporcional al grado de desarrollo inicial de los países.

En el área de América Latina alrededor del 57 % del incremento en la esperanza de vida correspondió a la reducción de la mortalidad infantil.

Se calcula que si en la presente década se lograra reducir al 50 % la mortalidad infantil, la esperanza de vida se incrementaría en 2.2

años para el grupo de países núm. I, 1.8 años para el grupo II, 3.6 años para el grupo III y 5 años para el grupo IV. Fundamentalmente deberán reducirse en forma significativa las muertes por enfermedades infecciosas de la niñez.

Todos los esfuerzos y propósitos de quienes en cualquier forma laboramos en las ciencias de la salud, se encaminan a conservar, mejorar y restaurar la salud. Son notables los éxitos alcanzados, pero es muy grande la distancia que separa el estado actual de salud de los países del 3er. mundo, cuando la comparamos con los países altamente desarrollados.

Al aplicar estos países en su beneficio una tecnología moderna han podido aumentar su nivel de vida y el incremento de la esperanza de vida.

La importación de esta tecnología por los países del tercer mundo, ha propiciado una mejoría en los niveles de salud y al mismo tiempo un incremento acelerado de su población.

3. Crecimiento demográfico

Corroborando lo expuesto un estudio estimativo de necesidades de formación de personal de salud de acuerdo con proyecciones demográficas, publicado en la revista "Educación Médica y Salud" en 1970, según el cual la tasa de crecimiento demográfico para América Latina de 1960 a 1970, fue de 2.9 %, considerada más alta que cualquier otra región del mundo.

En esa década la población aumentó de 213 a 283 millones (aumento de 70 millones), incremento que conservándose a igual ritmo, según estimaciones, llegará al término de la presente década a los 378 millones de habitantes, con un aumento de 95 millones. Según se expone en el estudio, esa estimación se basa en la suposición de que la tasa de incremento llegó a su cima en el periodo de 1965 a 1970 y las tasas de mortalidad están descendiendo desde 1960.

Por subregiones, la tasa de crecimiento varía, siendo de 3.4 % anual para Mesoamérica (México, Centroamérica y Panamá); 3.1 % para la región tropical de América del Sur; 2.3 % para el área del Caribe; 1.8 % para la región templada de América del Sur, y 1.4 % para América del Norte.

4. Migración urbano-rural

Otro fenómeno que ha sido común a todos los pueblos del orbe durante sus etapas transicionales de desarrollo, es la corriente migratoria rural-urbana, que actualmente está planteando serios problemas de salud en las ciudades medianas y grandes de América Latina.

En 1970 más del 38 % de la población en América Latina vivía en ciudades de alrededor de 20,000 habitantes, y el 20 % en ciudades de 500,000 habitantes o más.

Los problemas de salud de las ciudades grandes e industrializadas, siguen creciendo y exigen nuevos recursos de salud. Crear fuentes de trabajo, centros educativos, instalar obras de agua, drenaje, luz y otras obras de utilidad pública, y prestar servicios directos de salud al ritmo

del crecimiento migratorio rural-urbano, ha sido siempre un reto que ni los países altamente industrializados han podido resolver satisfactoriamente hasta ahora; reto que desde hace mucho nuestros países han entendido y al que hacen frente, y que toca ahora a nosotros plantear y abordar con energía desde esta docta tribuna de educadores médicos de América Latina.

Pero no es menor el problema de salud que plantea la numerosa población que aún vive dispersa en comunidades menores de 2,000 habitantes en Latinoamérica, y que se calcula en 125 millones de personas, aunque su proporción ha sido disminuyendo en promedios de 60 % en 1950 a 53 % en 1960 y 46 % en 1970.

5. Distribución demográfica por grupos de edad

Otro conocimiento necesario para planear racionalmente la formación de recursos humanos en las ciencias de la salud, es la distribución demográfica por grupos de edad, cuyos cambios según etapa de desarrollo de los pueblos, van planteando especiales necesidades en recursos humanos y servicios de salud.

Durante la última década, según el estudio a que me he venido refiriendo, la joven estructura poblacional de América Latina ha tenido pocos cambios y se estima que no serán muy significativos para 1980.

En América Latina el 43 % de la población es menor de 15 años. Por subregiones esta proporción varía siendo de 46 % para Mesoamérica, 43 % para la región tropical de América del Sur, 40 % en el área del Caribe y 32 % en la región templada de América del Sur, donde las tasas de natalidad con poca variación harán descender aún más esa proporción.

La población de 65 años y más en el año de 1970 fue de 4 % en América Latina; y en 20 años (1960-80) se esperan pocos cambios a excepción de la región templada de América del Sur, donde se observa un aumento continuo en la proporción de este grupo de edad, que va desde 5 % en 1960 a 6 % en 1970 y se estima en 7 % para 1980.

Como puede verse, en casi todas las áreas de América Latina sigue predominando una alta proporción de población joven, que reclama y lo seguirá haciendo por algunos años más, prioridad en el desarrollo de programas de atención materno-infantil y por lo tanto capacitar personal idóneo en todos los niveles.

En el área templada de América del Sur, su característica demográfica señalada irá reclamando cada vez más, recursos adecuados para grupos de edades avanzadas.

6. Nivel educacional

El nivel educacional de América Latina, aun cuando ha mejorado en los últimos 16 años para el grupo de 5 a 14 años, la razón del número de alumnos que asisten a los ciclos primario y secundario ha cambiado ligeramente de 0.43 en 1954 a 0.55 en 1960 y a 0.70 en 1968, habiendo aumentado el número de alumnos de 18 a 48 millones de 1954 a 1968. Sin embargo la proporción de analfabetas sigue siendo alta en buena parte de nuestros países, siendo este también otro de los factores im-

portantes que influyen negativamente en nuestro desarrollo socio-económico y del estado de salud.

7. Fuerza de trabajo

Ya se han venido haciendo comentarios de la importancia que tiene para el estado de salud el grado de desarrollo económico. Es muy grande la carga que tiene que soportar la aún reducida población económicamente activa de América Latina, calculándose que hay cuando menos dos personas dependientes por cada trabajador. Respecto a la proporción de trabajadores campesinos, de 54 % que era en 1950 bajó al 44 % en 1970 y se calcula un descenso a 30 % para 1980. Esta proporción de trabajadores campesinos varía por regiones, siendo más alta en el Caribe y en la región templada de América del Sur.

8. Ingreso

El ingreso per cápita se relaciona directamente con la estructura de la fuerza de trabajo, siendo en general bajo para América Latina por tener predominancia las actividades primarias de la producción. El ingreso per cápita en 1968 para América del Norte era de 3,830 dólares americanos, contra 656 para la región templada de América del Sur, 498 para Mesoamérica, 371 para el área del Caribe, y 329 para la región tropical de la América del Sur. Esta situación de escasos ingresos económicos, aunada a la baja capacidad adquisitiva por el costo alto de la vida en la mayor parte de nuestros países, conduce sin duda a situaciones de pobreza relacionada con un bajo nivel de salud.

SUB-TEMA II. Recursos humanos de ciencias de la salud.

De la revisión de los recursos humanos en ciencias de la salud, médicos, enfermeras, odontólogos, auxiliares de enfermería y otros complementarios y colaterales, se deduce que el ritmo de su formación no corresponde a la demanda social de servicios de salud.

La razón de profesionistas respecto al número de habitantes, varía para los diferentes países de América Latina, considerándose baja en casi todos ellos, habiendo sido lenta y limitada su mejoría en la década de los 60.

La insatisfacción de la demanda de ese personal ha de atribuirse a múltiples factores, algunos de los cuales podrían ser los siguientes:

1. Número, tipo y características de personal, inadecuados a la demanda real actual.
2. Deficiencia de planificación de las políticas de salud nacionales, y de coordinación de las instituciones responsables de esa función con las educativas de ciencias de la salud.
3. Deficiencia de planificación de políticas educativas en ciencias de la salud.
4. Planes, programas y métodos educativos en ciencias de la salud, obsoletos.
5. Mala distribución y aprovechamiento inadecuado del personal de salud actual y en formación.

6. Incremento demográfico aceleradamente mayor al de formación del personal de salud.

7. Los recursos de que disponen las instituciones educativas para la salud son insuficientes para atender la creciente demanda de la población estudiantil.

8. Deficientes condiciones de vida generales de la población, y mal estado de salud, como determinantes de la gran demanda de servicios.

En el cuadro núm. 5 se resumen para 1970 el número aproximado de personal de salud y la razón para cada tipo por cada 10,000 habitantes, y se hace una estimación del número que habrá de requerirse para 1980, así como el cambio positivo que tendría la razón, de llegarse a formar ese personal.

La razón actual para todas las profesiones es muy baja, aun aceptando que esos trabajadores de la salud estuvieran equitativamente distribuidos en cada país; pero no siendo así, para sectores sociales mayoritarios esa relación proporcional de personal de salud por número de habitantes se reduce mucho más.

La razón calculada y que aparece en el cuadro núm. 5 para 1980, consideró el incremento de 95 millones de habitantes en América Latina en la presente década con un total de 283 millones.

CUADRO 5. Personal de salud en 1970 y estimación para 1980

Personal	1970		1980 *		Personal por formar en la década 1970-1980
	Número	Razón **	Número	Razón **	
Médicos	172,332	6.7	378,000	10	205,668
Dentistas	56,415	1.2	189,000	5	132,585
Enfermeras graduadas	72,274	2.5	189,000	5	116,726
Enfermeras auxiliares	229,033	8.0	378,000	10	148,967
Otro personal de salud	286,868	10.1	453,699	12	166,732
Total	816,922		1,587,600		770,678

* La estimación se hizo tomando en cuenta el cálculo de 283 millones de habitantes para 1980.

** La razón está dada por cada 10,000 habitantes.

No obstante lo conservador del cálculo anterior, el ritmo con que actualmente se forma ese personal, hace difícil cumplir la meta de 770,678 nuevos trabajadores de salud para 1980.

A la deficiencia cuantitativa señalada debe añadirse la cualitativa, considerando los siguientes aspectos:

1. Otros tipos de personal de salud no menos importantes entre auxiliares, técnicos medios y a nivel de licenciaturas, no son considerados

hasta ahora en las políticas sanitarias y educativas de salud, o bien su formación y aprovechamiento no pasan de ser tímidas pero positivas experiencias que ya deberían normar esas políticas.

2. Quienes deciden estudiar medicina u otras profesiones de la salud, no siempre lo hacen por vocación o en función de un plan nacional de salud, y ante la falta de diversificación hacia otras opciones, los jóvenes eligen libremente profesiones tradicionales como la medicina, siguiendo un sistema electivo cuyo móvil es el interés particular y no social.

3. Los planes, programas y métodos educativos para la formación de personal de salud en todos los niveles, dan poca importancia a la orientación sociológica para desarrollar en el educando conciencia plena de la problemática de salud, interés social y espíritu de servicio.

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN DE PERSONAL

A. *Consideraciones generales*

Precisa que antes de decidir una política educativa en la formación de personal de salud, se consideren aquellos factores que incidan su demanda cuantitativa y cualitativa.

1. Factores demográficos

Se hace necesario conocer la población actual en su estructura por edad y sexo, estado civil, educación, trabajo, niveles de mortalidad, fecundidad y migración, etcétera.

2. Factores epidemiológicos

Profundizar en el conocimiento de la morbilidad, zoonosis, estado nutricional y niveles de protección específica para obtener un panorama epidemiológico.

3. Infraestructura de salud

El conocimiento aunque sea general de todos los factores condicionantes indicadores de la demanda de personal y servicios de salud, obliga a que se conozca también la existencia de esos recursos en servicio, características de su funcionamiento, grado de utilización por el público, y la de otros recursos potencialmente aprovechables.

B. *Características generales del personal de salud*

Los planes, programas y métodos educativos para la formación del personal, se ajustarán a los tipos y categorías de personal, cuya prioridad a su vez dependerá de la existente preparación y grado de ocupación actual, y de la demanda y la capacidad que de momento se tenga para formarlo.

Sin el conocimiento previo de las condiciones de salud y recursos actuales y complementarios para atenderla, no se puede ni se debe teorizar sobre tipo, categorías y cantidad de personal que debe formarse.

A este propósito Mario Testa, en su trabajo "Planificación de Recursos Humanos para la Salud en cuanto a Tipos, Cantidad y Adecuación de la Función", publicado en "Educación Médica y Salud" Vol. 4, núms. 1 y 2, 1970 hace la siguiente clasificación que me parece de interés referir:

- Aquel personal que trabaja principalmente en prevención primaria.
- Los que lo hacen en atención reparativa.
- Los que trabajan en rehabilitación.
- Los que laboran en organización y administración.
- Los que se dedican a la generación, manejo y análisis de información.
- Los técnicos de apoyo.

Por otra parte, conviene considerar la necesidad de que ese personal sea formado en los siguientes niveles:

1. A nivel de la comunidad

Dentro de los programas de salud comunitaria que deberían instalar e impulsar las universidades, en coordinación con las instituciones asistenciales, establecer las siguientes metas:

a) Mejorar el nivel de educación higiénica individual y familiar, que permita su autoprotección y cambio favorable de actitud ante actividades colectivas de salud.

b) Identificar, seleccionar y adiestrar al personal más apto e interesado en desarrollar con mayor formalidad, remuneradas o no, actividades prácticas de protección colectiva de la salud.

Mediante asesoría y supervisión adecuada, este recurso humano auxiliar sirve de gran apoyo a los programas.

2. Dentro de la enseñanza universitaria considerar los siguientes niveles:

a) Nivel de técnico medio, para delegarle el desempeño de funciones que ahora ocupan buena parte del tiempo de profesionistas con una formación más completa. Dichos técnicos deberán formarse en corto tiempo y a bajo costo.

b) Nivel de licenciatura, para atender las áreas de la salud que la realidad de cada país reclame.

c) Nivel de postgrado considerando los siguientes renglones:

Formación de Profesores de Carrera a nivel de ciencias básicas y aplicadas.

Cursos de especialidades en clínicas, ciencias sociales o ciencias administrativas.

Grado de Maestría en Ciencias.

Grado de Doctorado en Ciencias.

C. Recomendaciones especiales

Algunas de estas recomendaciones son experiencias de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y en general apli-

cables a todos los tipos, categorías y niveles formativos de personal de salud.

1. De acuerdo con el mercado de trabajo real y promovible, reducir en tiempo la formación del personal necesario.

2. Abatir costos de enseñanza y en mayor o menor grado tener hacia el autofinanciamiento mediante adecuados sistemas operativos, algunos de los cuales podrían resumirse así:

a) Aplicar la enseñanza integrada y de tipo multidisciplinario, estableciendo institutos de ciencias de la salud para optimizar la utilización de los recursos docentes humanos y materiales (planta física, instalaciones, materiales y equipos).

b) Los planes de estudios deben contener la suficiente plasticidad en los currícula para que cada alumno elabore su propio programa en función de su capacidad. Esto evita o reduce el número de alumnos irregulares y las deserciones como factores que influyen en el alto costo de la educación.

c) Establecer el servicio social continuo para que los alumnos desde su ingreso participen en los siguientes tipos de programas:

Aquellos que dependen de la propia universidad, desarrollados en la comunidad organizada como laboratorio poblacional, con propósitos de investigación, educativos o de prestación de servicios.

Participar en forma coordinada en los programas que dependen de las instituciones asistenciales y de desarrollo.

Programas mixtos planeados, programados, dirigidos y financiados coordinadamente entre instituciones educativas y aplicativas de salud y desarrollo.

d) Producción de materiales y prestación de servicios con cuotas de recuperación, que a manera de patrimonio universitario, permitan ingresos económicos que ayuden al financiamiento de la educación.

3. Utilizar el método activo de la educación tanto a nivel de aulas, talleres, laboratorios y salas de hospital, como a nivel de la comunidad, para que en base a su principio de *enseñar haciendo y servir produciendo*, se obtengan las siguientes ventajas:

a) Que la enseñanza sea objetiva, práctica e integral y mejor ajustada a la realidad.

b) Que los profesores, alumnos, laboratorios y equipos del centro educativo se aprovechen como recursos de salud al servicio de la sociedad, sumándose a los existentes en las instituciones asistenciales.

c) Que se amplíe la cobertura de servicios de salud a la población.

d) Que se abatan costos de esos servicios y de la propia enseñanza.

e) Que se reduzcan los tiempos de realización de los programas de salud.

f) Que la orientación sociológica que reciben los educandos, al ser partícipes en esos programas dentro de las comunidades, permita formar un personal más apto, responsable y sensible socialmente a los problemas de salud.

SUBTEMA III. Ritmo y características de la formación actual de recursos humanos para la salud.

Basados en que la salud es factor fundamental en la evolución socio-

económica de los pueblos, se han desarrollado esfuerzos con la máxima capacidad por parte de gobiernos y de la sociedad para satisfacer ampliamente este derecho. Dentro de los múltiples enfoques puestos en juego se encuentra primordialmente la formación de los recursos humanos en salud necesarios para resolver los problemas actuales y principalmente se han dirigido los trabajos hacia un adecuado planeamiento en lo que se refiere a la formación de médicos.

El Dr. Wahi en la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza, en mayo de 1970, mencionaba que "una de las grandes contribuciones de una organización internacional (refiriéndose a la OMS) debe ser el estimular la investigación interdisciplinaria orientada a la acción en el campo de la educación. Las prioridades variarán, de acuerdo a los intereses y necesidades de la sociedad. La investigación nacional en recursos humanos se requiere con urgencia junto con los estudios sobre el tipo más adecuado de educación médica para cada país y el programa más efectivo de servicios de salud que ofrezcan el mayor beneficio a la comunidad".

Siendo el médico el principal personaje del equipo de salud, existen numerosas publicaciones en las cuales se estudia el panorama actual de la formación de médicos en la América Latina. De estos trabajos sin duda hay que destacar el realizado por el Dr. Juan César García, del Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud [10], [11] en donde se hace un análisis pormenorizado acerca de las características de la educación médica en la América Latina.

De la publicación que hizo el citado Dr. García entresacamos algunos datos conclusorios. Uno de los datos más importantes es que ha habido pocos cambios curriculares en las escuelas de medicina de Latinoamérica en los últimos años. Se siguen patrones tradicionales, a pesar del cambio social tan importante que se ha operado en la zona. Se han operado algunos cambios como el aumento de horas-clase por el alumno, aumento en el porcentaje de horas-práctica sobre la teoría y la introducción de algunas asignaturas de reciente creación.

Hasta hace poco tiempo se ha comenzado a transformar la estructura de estos planteles docentes después del estudio analítico sobre todo de las materias más antiguas del curriculum, como lo es la Anatomía.

Probablemente el hecho que nos lleve a la total reestructuración curricular sea el que a los planes de estudio actuales se les están aplicando los principios educacionales, recurriendo por primera vez al conocimiento y a las teorías elaboradas por la educación y las ciencias sociales aplicadas.

El modelo prevalente actual se describe como "uno en el cual predomina el concepto de enfermedad como episodio más o menos aislado, el del hombre como ser eminentemente biológico y el del ejercicio de la medicina como una actividad profesional de carácter liberal en la cual la relación médico-paciente tiene un alto sentido de compra de servicios.

Cuando ese mismo médico trabaja en un hospital, con frecuencia lo considera como una institución autosuficiente, aislada del resto del sistema de servicios de salud y destinada solamente a la atención del paciente durante su hospitalización".

En muchas instituciones docentes de Latinoamérica se están dando actualmente pasos firmes para poder definir este marco conceptual en

el cual el futuro médico ejercerá sus funciones, pero hasta la fecha no se han podido encontrar el plan de estudios y los criterios curriculares adecuados. En México se han organizado cursos para la preparación de "Educadores Médicos" que tendrán la tarea básica en sus escuelas de formar un centro pedagógico encargado del estudio del curriculum y programas, con objeto de buscar la orientación adecuada desde que el estudiante pisa por primera vez la Institución e incluso antes de llegar a ella.

Muchos otros problemas educacionales han llevado consigo las instituciones docentes que han desdibujado su fisonomía. No es posible concebir que si actualmente se cuenta con conocimientos amplios en la metodología de la enseñanza, se sigan llevando modelos tradicionales con todos los errores y fallas conocidas y perfectamente analizadas en las nuevas metodologías. Es perfectamente conocido que al estudiante se deberán dar más conocimientos prácticos que incluso funcionen como una motivación para un mejor aprendizaje. Se puede aplicar a este asunto el principio que dice: "Los estudiantes aprenden aquello que desean aprender, pero tienen dificultad en aprender el material que no les interesa (aprender haciendo)". Es por esto que se intenta poner al estudiante desde los primeros años en contacto directo con los pacientes, sobre todo en programas ligados con las ciencias básicas y en asignaturas específicas orientadas a problemas sociales como la demografía. El contacto del estudiante con la problemática de salud de la zona de influencia de su escuela, lo lleva al conocimiento adecuado de la problemática social en que viven las comunidades de las cuales él forma una parte. En muchas de nuestras escuelas se lleva al estudiante a colaborar en programas oficiales de salud pública, como vacunaciones, campañas de control sanitario, encuestas sobre problemas de salud pública, etc. Estos actos llevan al estudiante a mostrar un interés especial en su profesión.

El término de "Salud Pública" utilizado en algunas escuelas se refiere a la organización de recursos y esfuerzos colectivos para promover la salud de la población para evitar y reparar los efectos de la enfermedad, la apreciación de su costo y su relación con la economía nacional e individual. Esta denominación engloba materias como economía y salud, conceptos generales de organización y administración de servicios de salud, y descripción y análisis de los servicios de salud en el país. La justificación de la enseñanza en estas materias se basa en el reconocimiento que hoy día se hace de salud-enfermedad como un fenómeno que interesa socialmente, que se liga a las características de la sociedad y que debe resolverse en términos de función pública.

Otra justificación es la de que actualmente se está observando una disminución de la práctica privada y su reemplazo por servicios de medicina institucional o socializada, que determina que la mayor parte de los médicos desempeñen funciones administrativas.

Una orientación recientemente incluida en los planes de estudios es la denominada como "Ciencia de la Conducta" que engloba tres disciplinas de las ciencias sociales, como son: Sociología, Antropología y Psicología Social. La idea de considerar a la medicina como una ciencia social tiene orígenes muy remotos (Alemania en 1840). Algunos autores enfatizan la idea de que el médico puede llegar a ser un líder de su comunidad con capacidad de agente de cambio social, si estudia las

ciencias sociales. Otros piensan que las ciencias sociales pueden ayudar a comprender y a solucionar el impacto que los factores ambientales tienen sobre ciertos grupos de la sociedad. Además, es evidente que el contacto del estudiante con la realidad inducirá un cambio en las actitudes y en el comportamiento futuro que tenga frente a la sociedad.

Por último, siguiendo la secuencia anotada anteriormente, se ha llegado en el momento actual al diseño de "Programas de Medicina Integral" que tienen como principal motivación producir cambios o transformaciones en el "área afectiva". Tales programas tratan de crear en el estudiante experiencias educacionales que le lleven a la aplicación de sus conocimientos en las medidas preventivas y curativas orientadas hacia el cuidado integral del individuo sano o enfermo.

Básicamente se siguen tres corrientes en este campo: los Programas Extramurales, los Programas Intramurales y los Programas de Medicina Integral durante el internado.

Los Programas Intramurales son en realidad programas intrahospitalarios que pretenden remediar la poca importancia dada a las medidas preventivas en la enseñanza clínica.

Estos programas básicamente están orientados a la elaboración de fichas epidemiológico-sociales a los pacientes hospitalizados y a los pacientes que van a ser dados de alta, acerca de su estado futuro, personal o familiar; sobre cómo prevenir complicaciones y recaídas, y además hacer las recomendaciones específicas, etcétera.

Según nuestro muy particular punto de vista, los Programas Extramurales pueden dar mejores resultados. Estos programas realizados fuera de la escuela o del hospital nacen como una respuesta a los efectos negativos atribuidos a la enseñanza hospitalaria que se ha venido dando hasta la fecha. Entre estos aspectos negativos se pueden mencionar, primero, el de la especialización del trabajo hospitalario y las peculiaridades del paciente que llega al hospital, y en segundo lugar, la consideración del paciente en forma aislada, como individuo, sin tomar en cuenta los aspectos sociales que influyen sobre él.

Los Programas Extramurales están surgiendo como una nueva orientación en la educación médica en contrapartida a la tradicional enseñanza de hospital.

El término comúnmente usado en la actualidad, "Medicina Comunitaria", nos indica el deseo de que el estudiante vea al paciente en su ámbito social.

Otro término como el de "Medicina Integral" denota el interés de reducir la preponderancia a lo curativo en el hospital. Estos programas traerán para el estudiante ventajas como ver al paciente en el seno familiar y los condicionantes que lo rodean, y considerar una serie de actitudes preventivas como parte de la práctica médica, entre las cuales hay acciones encaminadas al mantenimiento de la salud mediante la educación y el consejo a la familia, la aplicación de procedimientos específicos de inmunización y la introducción de exámenes periódicos de salud. Numerosos estudios sobre la utilización de los servicios de salud demuestran el papel limitado que tiene el hospital en la atención médica. Se ha demostrado que un porcentaje de sólo 0.2 % de personas de un grupo de 1,000 tomado para estudio durante un lapso de dos semanas, tiene necesidad de recurrir a la atención hospitalaria. Un 6.3 %

recurre al médico por diferentes dolencias, 37.7 % muestra algunas dolencias pero son atendidas en su domicilio por personal no profesional o sus familiares y 56 % se sintieron sanas. Esto nos indica que la mayor parte de los pacientes son vistos fuera del hospital en donde se continúa haciendo la enseñanza clínica.

Además, con estos programas se está tratando de dar una mayor cobertura a los servicios de salud y también están sirviendo para experimentar programas que ayuden a la formación de nuevo personal para la salud y se promueva la delegación de funciones a personal auxiliar (Anexo, página 144).

Podemos decir que con este último enunciado, hemos llegado al final de esta etapa por la cual atraviesa la educación médica. En muchos países hemos llegado al convencimiento de que aun cuando se pudieran formar en un plazo perentorio todos los médicos que un país necesita (alrededor de 25,000 médicos para México) no existirían los recursos financieros para poder mantener un servicio de salud con este tipo de personal. Además, la falta de orientación en muchos casos hacia el trabajo en el medio rural hace que se ocasione una concentración abrumadora de médicos en áreas urbanas. Por tanto, es necesario pensar en adiestrar otro tipo de personal ya utilizado incluso en países con grandes recursos como los Estados Unidos. Este personaje denominado de mil maneras: Ayudante de Medicina [9], Auxiliar Técnico de Medicina, Ayudante de Salud, Técnico de Extensión Médica, Asistente Médico, Auxiliar Técnico de Sanidad, Feldscher, Medex, etc., en un futuro tendrá que tomar un lugar importante dentro del equipo de salud.

Si el problema del médico en lo que se refiere a su adecuación a la solución de los problemas de salud es por lo enunciado anteriormente, una situación todavía confusa, igual sucede con los demás componentes del equipo de salud: dentistas, enfermeras, técnicos de diversa índole, etc. Si la atención médica ha dejado en algunos casos de estar en manos de profesionales orientados hacia la atención individual y si estamos tratando de formar unidades complejas, se requiere la formación armónica de todo el personal de salud con una concepción integral del hombre y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad. Para lograr los mejores frutos se requiere hacer una planificación de todos los recursos humanos y efectuar cambios fundamentales en el proceso de formación, así como elaborar y experimentar nuevos modelos y métodos de enseñanza.

Hasta la fecha se ha dado menor importancia a la preparación de enfermeras y de personal técnico y auxiliar. Si se espera que el médico sea productivo, que provea cuidado de la salud completa y eficientemente, debe tener a su alcance un conjunto de recursos, como camas de hospital, medicamentos, equipo diagnóstico y terapéutico y sobre todo, la cooperación de otros miembros del equipo de salud [13].

Para poder aprovechar al máximo este tipo de personal auxiliar se necesita que el médico también tenga conciencia de la labor que desempeñan estos técnicos. Se habla siempre de un número adecuado de enfermeras, pero no se habla mucho de la utilización y efectividad adecuadas del personal existente. Mucha de la responsabilidad por la ineficacia en el ejercicio de este personal, recae por supuesto en las instituciones

que los emplean, pero también existe responsabilidad en el médico que no ha sabido delegar funciones ni realizar supervisión adecuada. La atención rutinaria de pacientes por auxiliares, es cada vez más factible debido entre otros factores a la simplicidad actual de la terapéutica. Al mismo tiempo, el cuidado de aquellos pacientes que realmente requieren la atención del médico se va haciendo cada vez más complicado.

Corresponderá a las escuelas de medicina el cambio de actitud de sus egresados. Esto implica también que los propios profesores tengan que cambiar de actitud.

La búsqueda del cambio de actitudes se debe enfocar en dos puntos:

- A) El médico puede ser más efectivo y al mismo tiempo realizar un trabajo más importante, si delega aquellas funciones que no requieren conocimientos especiales y
- B) Que un personal con limitada preparación puede realizar tareas complejas si se las define en forma sencilla y concreta, si se ejecutan repetidamente y por su naturaleza no requieren que se tomen decisiones independientes.

Se deberán considerar cuatro puntos relacionados con el adiestramiento y la utilización del personal paramédico en el futuro: las prioridades en su formación, la movilidad en las carreras, las instituciones para adiestramiento y el cuidado de la salud en zonas rurales.

Es necesario, pues, incrementar el adiestramiento de personal auxiliar de enfermería o auxiliares de otro tipo con la misma orientación. El adiestramiento deberá ser corto para poder formar un número creciente de este personal.

La movilidad en la carrera será indispensable para tratar de mejorar la calidad de este tipo de personal a través de una preparación continua y una serie de estímulos que los puedan llevar a ocupar puestos de mayor jerarquía dentro del equipo de salud.

La responsabilidad del adiestramiento de acuerdo al tipo de personal que se deberá preparar deberá recaer en la facultad o escuela de medicina si se trata de personal de alta calificación, y en las instituciones aplicativas de salud si se trata de personal técnico. Una alternativa conciliatoria y digna de ser establecida consistiría en un mecanismo mediante el cual los organismos que tienen a su cargo la atención de la salud (Ministerios de Salud) contraten con instituciones educativas el adiestramiento del personal técnico que se necesite. En esta forma las instituciones educativas recibirían una ayuda financiera, los técnicos que se formen tendrían un empleo asegurado y los organismos de salud tendrían el número y tipo de técnicos que necesitan.

En el último punto que se refiere a la atención a la salud en zonas rurales, el personal técnico auxiliar del médico cada vez tendrá mayor importancia y trascendencia siempre y cuando los médicos estén de acuerdo con sus objetivos y ayuden a realizarlos. La responsabilidad para desarrollar estas actividades y estas capacidades corresponde evidentemente a la educación médica.

SUBTEMA IV. Estimativos de necesidades de formación de personal de salud de acuerdo con:

- A) Crecimiento demográfico y,
- B) Económico.

Aun cuando en la actualidad no se puede hablar todavía de sobrepoblación, posiblemente en poco tiempo se tengan que tomar medidas de control efectivo de su crecimiento. Por lo general, los pueblos económicamente desarrollados tienen una tasa de natalidad relacionada con la de mortalidad, por lo cual se conserva su ritmo de crecimiento. Hasta hace algunas décadas se coincidía una tasa de natalidad elevada con una tasa también elevada de mortalidad, con ritmo lento de crecimiento demográfico. Además la esperanza de vida era corta y era necesario procrear un gran número de hijos debido a que una parte de ellos morían durante la infancia y un número reducido de ellos llegaban a la edad adulta y por tanto a estar en condiciones de continuar la perpetuidad de la especie. Esta situación ha cambiado y hoy día no existe, desde el punto de vista de la perpetuación de la especie, la necesidad que se tenga una tasa de natalidad alta, puesto que la mortalidad ha disminuido tanto en los países desarrollados como en la mayoría de los subdesarrollados o en vías de desarrollo, ya que los beneficios de la salubridad se han extendido hasta los más apartados rincones de la tierra reduciendo la tasa de mortalidad mediante la erradicación de enfermedades transmisibles, control de epidemias y mejores condiciones de salud en general [18]. El crecimiento demográfico de la América Latina durante 1960-1966 mostró una tasa superior a 40; por ejemplo, en México fue de 45; en Costa Rica, de 51; en Ecuador, de 46 y en Guatemala de 47. En esta misma época las tasas de mortalidad elevadas eran pocas: la de Bolivia de 23, la de Haití de 21 y la de Brasil de 20. En cambio el crecimiento natural de Argentina era de 1.48 % anual y el de Uruguay de 1.29, en virtud de que tanto Argentina como Uruguay tenían durante este periodo tasas de natalidad y de mortalidad reducidas. La de natalidad de Argentina era de 23.3 y la de Uruguay era de 21.5, mientras la de mortalidad era de 8.5 en Argentina y 8.6 en Uruguay.

En la actualidad el tipo de nivel de vida determina en general el tipo de crecimiento demográfico, y se puede decir que tanto la población de Europa, como la de la Unión Soviética y la de Norteamérica, áreas económicamente desarrolladas, ejercen un cierto control de su crecimiento. En cambio, los pueblos de Asia, África y América Latina ejercen un control menor de su crecimiento, y en consecuencia el crecimiento regional de la población de Asia, África y América Latina es superior al de Europa, la Unión Soviética o Norteamérica. La tasa de crecimiento anual de Asia (2.3 %), África (2.4 %) y de América Latina (2.8 %) contrastan fuertemente con la de Europa (0.9 %), la Unión Soviética (1.7 %) y la de Norteamérica (1.6 %).

La esperanza de vida es otro factor que incide en el crecimiento demográfico, ya que por diferentes circunstancias relacionadas principalmente con las actividades sobre la salud de los pobladores, esta esperanza de vida ha aumentado notablemente.

Otro aspecto importante de la población es su transformación por

clases sociales. El aumento porcentual de la clase media en detrimento de la clase considerada como popular, es un hecho palpable del progreso realizado en los últimos 50 años. Sin embargo, es preciso que esta transformación se opere a un ritmo mucho más alto al que está ocurriendo, pues todavía la clase considerada como baja es sumamente numerosa en los países de Latinoamérica.

En México, en el año de 1900, la clase popular representaba el 91 % de la población total; en 1950 el 83.9 %, y el 82.4 % en 1960; y en 1970 alrededor del 80 %. La clase media ha subido de un 8.3 % en 1900 a casi un 19 % en 1970.

Estos factores nos llevan a la necesidad de crear nuevas fuentes de trabajo y crean problemas económicos de gran importancia. Es obvio que en función del progreso económico y tecnológico, el aumento de la fuerza de trabajo debe ser mayor en actividades secundarias y terciarias y menor en las primarias; por lo tanto, es necesario que la estructura económica permita canalizar un número mayor de trabajadores a la industria y a los servicios en general, y un menor número a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca.

Los factores económicos inciden también en otros fenómenos como las migraciones internas [8] que condicionan problemas locales de sobrepoblación. Los rápidos procesos de urbanización y de industrialización en algunas zonas, por migración interna, han motivado altos índices de crecimientos demográficos locales.

CONCLUSIONES

No obstante los adelantos alcanzados durante los últimos años, un alto porcentaje de la población de la América Latina sigue sin tener acceso a los servicios de salud. Este fenómeno se observa principalmente en las comunidades rurales, pero se extiende hasta las zonas urbanas si se considera que el costo de los servicios y las variaciones de calidad en la atención médica, así como la subutilización de los recursos al alcance del sector salud, tienden a agravar la situación. El mejoramiento en la productividad y la distribución equilibrada de los servicios traerán en el futuro mejores condiciones de salud. Los procesos de urbanización e industrialización han creado zonas desarrolladas en forma irregular, lo cual lleva consigo la presencia de áreas con patologías características de zonas subdesarrolladas junto a otras propias de zonas industrializadas.

En cuanto a recursos humanos, es importante hacer énfasis en la baja productividad y la irregularidad en su formación en las diferentes categorías, pero principalmente en el personal intermedio. Se están llevando adelante nuevas estrategias para la orientación del sector salud entre las cuales destaca la creación de planes nacionales de salud.

Los gobiernos de los países se están preocupando por dar mayor énfasis a los programas de salud con autoridad necesaria para asumir la responsabilidad del sector y orientar sus actividades a una mejor distribución de los servicios en función a las necesidades.

Otro fenómeno que se está observando se refiere a los cambios que vienen ocurriendo en las escuelas de profesionales para la salud en cuan-

to a la formación de nuevos profesionistas, con un acercamiento cada vez mayor entre las instituciones de enseñanza y los organismos responsables de la prestación de los servicios. Se deberá tener una política de desarrollo de recursos humanos mediante la labor conjunta de las instituciones que forman el sector salud y aquellas responsables de la enseñanza, y de ser posible tomar en cuenta la opinión de la comunidad. Para establecer la política de desarrollo de recursos humanos es necesario contar con:

a) Análisis de la situación de salud que permitan establecer la magnitud y la estructura de la demanda de servicios y su tendencia, tomando en cuenta la necesidad de incorporar aquellos grupos de población que no tienen acceso a los servicios.

b) Un inventario de los recursos humanos disponibles, con especial referencia a categorías, cantidad, nivel de adiestramiento y grado de utilización.

c) Análisis de la capacidad instalada para la formación de personal de salud, así como de la calidad, orientación general, organización y contenido de la enseñanza que se imparte.

d) Cálculo de la capacidad docente potencial que tome en cuenta la posibilidad de adiestramiento en servicio y la necesidad de educación continuada del personal.

En la mayor parte de nuestros países los planes de salud no están completamente estructurados y no existen políticas definidas acerca del desarrollo de los recursos humanos. Basado en esto, se requiere un nuevo planteamiento para la formación de este personal, que deberá comenzar con el estudio y la definición de las funciones que dicho personal debe ejecutar. Es necesario clasificarlas por niveles de complejidad y responsabilidad y asignarlas a las diferentes categorías de personal, de acuerdo con la disponibilidad de las mismas, con la posibilidad de adiestramiento, y teniendo en cuenta, además, la necesidad de ampliar al máximo posible la cobertura de los servicios dentro de un nivel adecuado de calidad. Sería de desear que todos los países pudieran definir los tipos y categorías de personal de acuerdo con sus características y necesidades y tomando en consideración la oferta de potencial de personal, la eventual competencia con otros sectores y la capacidad de absorción por parte de los servicios, de acuerdo con su política propia y sus posibilidades persupuestarias.

Es necesario, por otra parte, determinar el rendimiento del equipo de salud, el grado de utilización de los servicios por parte de la población y los efectos que sobre las instituciones docentes tiene el creciente número de conocimientos, los cambios de las condiciones de salud y la política nacional de salud vigente.

Este proceso debe llevar de la mano a la delegación de funciones de un nivel o categoría de personal a otro, a la determinación de nuevos tipos de personal y a la aplicación de nuevos programas y técnicas de enseñanza. No será responsabilidad exclusiva de las instituciones donde se llevará este fenómeno adelante; deberá realizarse un esfuerzo conjunto entre ellas y el sector salud. La identidad de propósitos y responsabilidades, así como las necesidades de aprovechar al máximo los recursos, exigen la fusión de las actividades docentes, asistenciales y de investigación en los establecimientos de salud y ello implica, a su vez,

la adecuación de estos últimos a tal propósito, lo cual requerirá, entre otras cosas, realizar estudios tendientes a identificar las causas de rigidez o resistencia en las instituciones y en el comportamiento de las personas que de una manera u otra obstaculizan el proceso de cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio de recursos humanos para la salud y educación en Colombia. Investigación nacional de morbilidad. Ministerio de Salud Pública y Asociación de Facultades de Medicina. Bogotá, D. E., 1969.
2. Recursos humanos de salud en Chile. Un modelo de análisis. Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional Consultivo de Salud, 1970.
3. Funciones de las escuelas de salud pública frente a los cambios socio-económicos en la América Latina. Relato final de la Sexta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Antioquía, Medellín, Colombia, 1969. *Educación Médica y Salud*, Vol 4, N° 1 y 2, enero-junio, 1970.
4. Hechos que revelan progreso en salud. Organización Panamericana de la Salud, 1971.
5. Informe anual del Director de la Organización Panamericana de la Salud, del año de 1971. Organización Panamericana de la Salud, agosto, 1972.
6. Bagdley R. F., y Col. Ciencias sociales y planeación de la salud, cultura y enfermedad y servicios de salud en Colombia. 42ª Conferencia de la Fundación Milbank-Memorial, 1968.
7. Beltrán, R. La coordinación de la enseñanza de las ciencias de la salud. *Educación Médica y Salud*, Vol. 5, N° 1, enero-marzo, 1971.
8. Cardona, G. R. Las migraciones internas. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1970.
9. Flahault, D. Un cuerpo de ayudantes de sanidad. *Salud Mundial*, junio, 1972.
10. García, J. C. Características generales de la educación médica en la América Latina. Folleto N° 7 sobre desarrollo de recursos humanos. Organización Panamericana de la Salud, 1970.
11. García, J. C. La educación médica en América Latina. Publicación Científica N° 255. Organización Panamericana de la Salud, 1972.
12. Garza, S. y Beltrán, O. Problemas del personal auxiliar de salud en la América Latina. *Educación Médica y Salud*, Vol. 5, N° 3, junio-septiembre, 1971.
13. Hall, T. L. La formación y la utilización de personal paramédico. *Educación Médica y Salud*, Vol. 1, N° 4, julio-agosto-septiembre, 1967.
14. Horwitz, A. y Col. Principales problemas en el adiestramiento de personal de salud. *Educación Médica y Salud*, Vol. 4, N° 4, octubre-diciembre, 1970.
15. Jiménez, A. A. Educación médica y cuidado de la salud en países en desarrollo. *Educación Médica y Salud*, Vol. 1, N° 1, octubre-noviembre-diciembre, 1966.
16. Kiser, C. V. y Robertson, A. Investigación sobre fecundidad y planificación familiar en América Latina.
17. Pillet, J. V. Planificación de recursos humanos para la salud. Consideraciones metodológicas. *Educación Médica y Salud*, Vol. 5, N° 2, julio-septiembre, 1971.
18. Ramos, G. M. Problemas y posibilidades económicas de México para 1971-1980. Costa-Amic, editor, 1970.
19. Testa, M. Planificación de recursos humanos en salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función. *Educación Médica y Salud*, Vol. 4, N° 1 y 2, enero-junio, 1970.

ANEXO

PROGRAMA COORDINADO DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA (PROCOSIC) PARA LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

Definición: El PROCOSIC es un organismo descentralizado que ha surgido de la coordinación de diversas instituciones de la Comunidad: el Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEM, la SSA a través de la Dirección General de Salud Pública en Estados y Territorios y los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de México, el H. Ayuntamiento de Toluca y la Unidad Materno-Infantil del IPIEM, que tienen como objeto establecer el área de demostración de un sistema innovativo de servicios de salud integral a la comunidad de la zona rural del Municipio de Toluca, que contribuya a mejorar la calidad de vida de los habitantes, consiguiendo una reducción balanceada de las altas tasas de morbilidad, mortalidad y fecundidad, así como la mejoría del estado nutricional.

Antecedentes: El PROCOSIC tiene como antecedente un Programa de Medicina Comunitaria que con fines principalmente docentes y de investigación venía siendo realizado por el ICS a través de su Departamento de Educación en Salud Pública, en los veinticinco pueblos que constituyen el área del Municipio de Toluca.

Viendo el ICS la necesidad de ampliar las funciones de su Programa al renglón de prestación de servicios de asistencia médica a las comunidades mencionadas, carentes de los mismos y con grave problemática de salud, y consciente aquél de sus grandes limitaciones en cuanto a todo tipo de recursos, buscó coordinarse además con la Fundación de Salud Familiar (FHF) de la Universidad de Tulane, que cuenta con reconocida experiencia en ese campo, adquirida a través de un Programa de Salud Comunitaria que viene realizándose desde hace varios años en el Estado de Lousiana, EE. UU., el que comparte algunas características con las zonas subdesarrolladas de América Latina. La FHF cuenta con un Programa Internacional que tiene a prueba diferentes modelos de prestación de servicios de salud en Brasil y Colombia, así como en algunos países de Asia y África. El Programa Internacional busca compartir su metodología, prestando asistencia técnica y financiera a universidades jóvenes y con ciertos recursos, a cambio de obtener diferentes modelos de prestación de servicios de salud, perfectamente evaluables y replicables.

La FHF consideró que el ICS contaba con los requerimientos necesarios y decidió coordinarse con él con el objeto de instrumentar un Programa de Salud Integral Comunitaria con las siguientes

Características

1. Aplicado a un área geográfica definida con una población de más o menos 100,000 habitantes y pequeños módulos experimentales de 10,000.
2. Cobertura mínima del 80 % de la población del área de influencia.
3. Con un enfoque integral, entendiéndose por ello que la protección o el control que brinda es continuo, no episódico, que abarca todo el ciclo vital desde el nacimiento hasta la muerte, y todos los grupos de edad desde el neonato hasta el anciano. Es también integral porque no sólo tiende a la recuperación de la salud, sino a la protección y a la promoción de la misma, así como a la rehabilitación; y, por último, es integral porque ya sea en forma directa o indirecta protege y controla todo tipo de riesgos de salud (alto, medio, bajo e individuo sano).
4. Se ajusta a las políticas oficiales de salud.
5. No sólo abastece la demanda, sino que la crea a través de una visita

a domicilio programada y periódica que sirve para recoger y dar información, así como prestar servicio.

6. Pone en práctica la Medicina Simplificada, delegando funciones médicas a personal auxiliar debidamente seleccionado, adiestrado y supervisado, originario de la propia localidad, que forma la infraestructura de los servicios de salud y que permite bajar los costos y aumentar la cobertura, la eficiencia y la oportunidad de los servicios.

7. Establece prioridad de atención en grupos poblacionales según riesgo, en: alto, medio, bajo e individuo sano.

8. Utiliza los recursos existentes en el área. Se coordina con las instituciones de la Comunidad para prestar asistencia médica a diversos niveles de atención, presentando una estructura de regionalización cuyo primer nivel es el domicilio, para ir ascendiendo a medida que aumente la complejidad del problema.

9. La Educación Higiénica se realiza a todos los niveles.

10. La Comunidad ha de organizarse y participar activamente.

11. El Programa permite evaluaciones constantes.

12. Ha de ser reproducible en otras comunidades.

13. Utiliza la tecnología moderna, tanto desde el punto de vista médico como de administración y gerencia, para ser capaz de promover servicios adecuados a la población, de manera eficiente, suficiente y oportuna. Para tal objeto, el PROCOSIC presente la siguiente

Organización

1. Una Unidad de Dirección, que controla y maneja todos los aspectos del Programa y decide las políticas internas y externas del mismo.

2. Una Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, que se encarga de seleccionar al personal, adiestrarlo, supervisarlo y estimularlo, según las características de los servicios que se brindan.

3. Una Unidad de Investigación y Evaluación, encargada de hacer un estudio preliminar en las comunidades por servir, para conocerlas, evaluar los resultados o efectos del programa (Evaluación Externa) y realizar evaluación interna, o sea, de la eficiencia del sistema.

4. Una Unidad de Soporte Administrativo, que se encarga de proporcionar adecuada y oportunamente los locales, el material y el equipo necesarios para el funcionamiento del Programa.

5. Y una Unidad de Servicios, que determina el tipo de servicios que se prestan, con qué personal y bajo qué normas y procedimientos. De esta Unidad dependen cuatro Programas de Servicios que, trabajando coordinadamente, protegen en forma integral la salud de la población:

a) Programa Materno-Infantil, el más importante, debido a su magnitud, pues su universo de trabajo constituye más del 60% de la población.

Este Programa está dividido en dos Subprogramas: el Pediátrico, que abarca a partir del nacimiento hasta los 14 años, y el Gineco-obstétrico, que toma a la mujer de los 15 años hasta los 44; una parte muy importante del mismo, la constituye el Programa de Planeación Familiar, para protección específica de la madre y del grupo familiar.

b) Programa de Medicina General, cuyo universo de trabajo son las mujeres a partir de los 45 años y los hombres después de los 25.

c) Programa de Atención Odontológica, para toda la población.

Financiamiento

El financiamiento del PROCOSIC está dado durante los diez primeros meses, que corresponden al Estudio de Factibilidad y Planeación, por la FHF; y en adelante, hasta los tres años, por otro financiamiento externo (Fundación

Ford, Fondo de Población de las Naciones Unidas), canalizado a través de aquélla; y, a partir de entonces, la SSA está comprometida a ir absorbiendo los costos hasta hacerlo totalmente, después de cinco años de demostración. Tal compromiso quedó establecido en un Convenio firmado el 28 de febrero de 1973, por el Secretario de Salubridad y Asistencia, el Jefe de la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, el Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de México, el Director del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEM y el Director de la Fundación de Salud Familiar de la Universidad de Tulane.

Proyección

En el futuro, el PROCOSIC, a medida que avance en el Municipio de Toluca, tenderá a absorber al Programa de Medicina Comunitaria de enfoque exclusivamente docente, para transformarse en un área de demostración con fines de servicio, investigación y docencia que podrá llegar a ser apta para el adiestramiento de personal profesional y subprofesional, tanto nacional como extranjero.

Por otra parte, de lograrse probar las hipótesis que animan al PROCOSIC, de ser un programa de demostración de un sistema innovativo de prestación de servicios de salud, con grandes ventajas sobre los sistemas tradicionales, es posible que sea replicable en el ámbito del Estado de México y aun en todo el país y fuera de él.

DRA. ESTELA ORTIZ ROMO
Jefe del Departamento de Salud Pública

COMENTARIO OFICIAL — TEMA III

RELACIÓN ENTRE LA DEMANDA Y LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Por Luis Felipe HARTMANN *

Es importante encontrar un método que nos permita evaluar la demanda en la formación profesional y la absorción de los profesionales de la salud por el país, pues el desarrollo socioeconómico de una comunidad depende de su estado de salud.

Una comunidad que se enferma y permanece deficitaria desde el punto de vista nutricional, se ve afectada por estas condiciones. Como consecuencia se ha observado que existe un bajo índice de desarrollo intelectual del individuo, con una disminución de la capacidad de trabajo del mismo. Es por esto que debemos encontrar la respuesta para nuestros países que con ansia la buscan, y así resolver sus problemas intrínsecos. Paralelamente a la formación del personal de salud de nivel universitario clásico, consideramos importante la formación de otro tipo de personal de salud de nivel medio, al que nos referiremos posteriormente.

El Dr. Castro Abitia en su trabajo analiza la proporción de profesionales en la década del 60, proporción que comparamos con estadísticas que la OMS vertió en el trabajo discutido en octubre de 1972 en la Reunión de Ministros de Salud, y que consideramos necesario analizar para establecer las metas que debemos alcanzar.

Proporción de profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes

Años	Médicos	Odont.	Enfermeras	Auxiliares	Téc. Méd.	Admor. Salud
1969	6.7	1.7	2.3	8.8	0.9x	1.6
1980	8.0x	2.1x	4.5x	14.5x	3.0x	?x
Incremento	20 %	20 %	195 %	165 %	333 %	

Nora: x = Datos tomados de la Reunión de Ministros de Salud de las Américas - OMS.

* Doctor en Medicina. Rector de la Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.

Analizando el cuadro anterior se ve claramente que se nos pide incrementar todos nuestros porcentajes de profesionales; pero mientras que en las carreras largas sólo debemos incrementar un 20 %, en las cortas nuestros incrementos serían alarmantes para poder llegar a mantener un equilibrio en la pirámide profesional, ya que nuestra estructura es así:

Trabajadores en salud:	
Universitarios	46 %
Técnicos	12 %
Auxiliares	42 %

Haciendo el análisis de los recursos de salud en relación hombre/años de educación, la problemática es mayor, pues las cifras son:

70 %	Universitarios
10 %	Técnicos
20 %	Auxiliares

Relacionando estas cifras con el costo educativo de estos grupos podemos claramente ver lo siguiente:

Universitarios	90.0 %
Técnicos	4.4 %
Auxiliares	5.6 %

El cuadro anterior emerge del costo total, o sea de las inversiones latinoamericanas para preparar el personal que preservará la salud de los habitantes.

Estos cuadros nos muestran tres aspectos principales:

- a) Las necesidades y las metas que debemos alcanzar.
- b) La mala distribución actual de nuestro personal de salud.
- c) El costo del mismo.

Si tomamos un país como ejemplo, con un índice de 3.5 médicos por cada 10,000 habitantes, veremos que dentro de este grupo se incluyen cinco países, y otros cinco con un promedio menor de 3 por cada 10,000 habitantes.

Analizando el esfuerzo que los países y sus universidades tendrían que realizar para llegar a la meta de 8 médicos por cada 10,000 habitantes, concluiríamos que es prácticamente irrealizable, puesto que la demanda que se exige es enorme. Para explicar esto con alguna claridad, pongo por ejemplo a Bolivia, que tiene actualmente 2,140 médicos y de acuerdo a las recomendaciones de la OMS/OPS, para 1980 debería tener 3,900. Sin tomar en cuenta el aumento vegetativo esto obliga a un incremento de 1,760 profesionales en sólo una rama de la salud. En la actualidad la profesionalización de médicos en el país es de 240 por año, aproximadamente, lo que haría que en 8 años tuviéramos 1,920 médicos más en Bolivia. Si el país incrementara su capacidad de absorción y recibiera a todos ellos, nuestro programa estaría completo; pero si se

mantiene el éxodo al exterior de aproximadamente 25 %, solamente llegaría a 1,400, con un déficit manifiesto a nuestras necesidades. El mismo problema tendremos en relación a la carrera de Odontología y la solución podría ser similar a la que plantearemos más adelante. Las cifras se hacen astronómicas en cuanto a nuestras necesidades en los programas de salud. Si estudiamos los índices de Enfermeras, Auxiliares y Tecnólogos Médicos veremos que formar personal medio en salud y utilizar el mismo ofrece una doble ventaja: primero, el costo es menor, y segundo, el tiempo para cubrir las necesidades es más corto.

Esto llevaría a un ordenamiento más real de la pirámide profesional y permitiría una mejor distribución del trabajo, no ocurriendo como en la actualidad una imbricación de funciones donde el profesional médico realiza trabajos que no le corresponden.

Otro aspecto que debe considerarse es la carencia de profesionales de salud en el área rural en poblaciones con menos de 20,000 habitantes, ya que la población latinoamericana que vive en estas condiciones es del 59 % y solamente disponemos del 5.5 % del número total de médicos para cubrir estas áreas.

Esto es explicable, pues este profesional, altamente calificado para nuestro medio aislado y sin recursos, prefiere vivir en la ciudad, donde puede mejorar sus conocimientos y elevar sus condiciones de vida; pero así nos olvidamos de nuestros semejantes que se quedan sin atención por profesionales de salud, y decimos que la Universidad se debe a su pueblo y es para el pueblo.

Este problema, creo, debemos tratar de resolverlo como una primera etapa de programación futura que pueda ser realidad y beneficie el aspecto socioeconómico de los recursos humanos de la salud.

Analizando los trabajos sobre problemas de salud, tenemos tres caminos a seguir:

1. Mejorar e incrementar nuestros recursos humanos de salud.
2. Mejorar e incrementar los salarios del personal de salud.
3. Mejorar las comunicaciones y el nivel de vida para que este personal se asiente en el área rural.

En resumen, toda esta planificación obliga a una cuantiosa inversión económica que dudo que los países con menor índice de desarrollo puedan efectuar, puesto que se hace un círculo vicioso del cual no salimos.

Este planteamiento involucra el que en cada país se desarrolle un proceso de planificación de recursos humanos adecuados a las necesidades nacionales y a las facilidades infraestructurales que se tengan a la mano. Por lo tanto, considero que la metodología para llegar al éxito debe ser en cada caso diferente; pero sí se puede sugerir un tipo que con variantes nacionales pudiera ser adoptado por Latinoamérica, y en especial por los países de menor desarrollo relativo, que progresivamente se van quedando más atrasados, ya que cada vez es más difícil crear y formar recursos humanos de salud, porque el crecimiento demográfico es mayor, pese a la gran mortalidad infantil que es una forma de control muy relativa debido a que los programas de salud tienden a dis-

minuirla, y además por el desplazamiento de personas calificadas en este campo, a otros centros que les ofrecen mayores ventajas personales.

Con este objeto hay que calificar los recursos humanos de salud dentro de un plan nacional de desarrollo económico-social. Considerando que el hombre es el primer factor para el éxito de cualquier programa, debe ser sano y sin deficiencias nutricionales, porque estos factores afectan a la escolaridad en todo nivel. Por lo tanto, esta planificación debe ser programada por los ministerios de salud en relación estrecha con las universidades para conseguir el éxito que buscamos.

Entre las recomendaciones del Plan Decenal para las Américas (enero, 1973) se puede leer lo siguiente:

"Crear de acuerdo con las condiciones de cada país, nuevos tipos de personal de salud e incrementar los existentes de modo que permita aumentar la cobertura de los servicios, principalmente en las zonas rurales." Basándonos en esto es que proponemos un programa a desarrollarse por lo menos en los países que tienen una cobertura menor de 3.5 médicos por cada 10,000 habitantes; pero lo presentaremos con un sentido nacional, aunque es probable que este método pudiera ser adaptado a las condiciones locales de cada país, según la problemática propia de cada uno de ellos.

En los programas de alfabetización que se realizan regularmente, debido a la concentración de personas se presentan a menudo epidemias. Por lo tanto, debe agregarse paralelamente a los programas de alfabetización un sistema educativo de medicina preventiva, nutrición e higiene. En esta forma conseguiremos un éxito palpable, pues no sólo educaremos al niño, sino indirectamente a la familia, ya que los niños al volver a sus hogares cada día, irán progresivamente cambiando las costumbres de la casa.

Para esto necesitamos un personal de salud especial, que se podría llamar Enfermera Pedagoga. Con ella podríamos cubrir estas necesidades educativas además de la atención de primeros auxilios en la comunidad. Creemos que en el tiempo de su formación docente, más un programa especial, podríamos formar este personal, preparando así nuestros recursos de salud a un costo menor y con cobertura más rápida por el tiempo que se utiliza en la formación de los mismos, que se podría realizar con un sistema combinado educativo entre las normales rurales y la Universidad. Este programa debería iniciarse en breve tiempo ya que no incidiría mayormente en el costo formativo.

El segundo programa que proponemos difiere del anterior, pues la intención es ocupar gente del área misma para prepararla como personal de salud auxiliar, que colaboraría en primera instancia a cubrir las necesidades y canalizar a los pacientes a las áreas o centros hospitalarios rurales, donde, de acuerdo a las posibilidades, se les atendería o enviaría a los centros hospitalarios de las ciudades para su curación.

Este personal podría ser educado en tres cuatrimestres, o sea en un año, y la selección podría ser en la siguiente forma: se ecogería a los hijos de las personas representativas del pueblo o comunidad y se les llevaría a un hospital rural donde la Universidad tendría preparado el programa a través de los estudiantes de medicina de último curso que estén realizando su trabajo de internado. Allí se les enseñaría por dos periodos lectivos con un programa especial sobre tópicos en nociones

generales de medicina y primeros auxilios; luego, en el tercer cuatrimestre se les trasladaría a un hospital universitario de ciudad y a la Facultad de Ciencias de la Salud, para integrarlos en sus conocimientos. Podrían también recibir todo el entrenamiento en cualquiera de estos centros dependiendo de la capacidad del mismo, donde tendrían la asistencia permanente del Departamento de Salud Pública de la Facultad, y un programa combinado con el Ministerio del ramo para la dotación de recursos a este grupo de personal de salud. Así se conseguiría el beneficio que buscamos y la Universidad cumpliría su función educativa y el Ministerio la función asistencial.

La razón de buscar el personal dentro de la comunidad misma, se debe a la normal resistencia que presenta el campesino para ser atendido por el médico, ya que busca primeramente a su curandero, y luego, cuando el enfermo está grave, recién acuden a los centros hospitalarios o las postas. Esto dificulta el éxito terapéutico de la medicina moderna. En la forma que proponemos, como el trabajador de salud sería del mismo medio rural, serviría para viabilizar el ingreso de la medicina moderna en el campo.

Por lo que respecta a los trabajadores en tecnología médica, ellos deben partir de las mismas facultades, en base a un curriculum flexible y ágil, y así se formarían estos profesionales que tanto se necesitan para el desarrollo del sistema de salud.

En esta forma complementaríamos la demanda de este personal a nivel nacional e internacional.

Las ideas expuestas a ustedes en las líneas anteriores, justifican el que las universidades deben programar y racionalizar sus recursos humanos de salud. Para esto lo primero que se debe hacer es implantar un examen de ingreso a la Universidad, con un sistema paralelo de tipo vocacional que nos permita canalizar a nuestros candidatos a las diferentes ramas de trabajadores de salud, y además, el que estos trabajadores puedan usar los créditos obtenidos para luego seguir dentro de la misma Universidad otra carrera a nivel de licenciatura, si ellos buenamente desean hacerlo, y no obligarlos a comenzar desde el primer curso sus estudios. Por supuesto, esto es aplicable para los estudiantes que han llevado cursos regulares en la Universidad y no para los auxiliares de salud que proponemos en este trabajo.

Con la flexibilidad que proponemos, tendríamos la posibilidad de movilizar nuestro personal de salud, desde el punto de vista educativo, a cualquiera de las ramas que nos interesen, y así la cobertura podría ser más fácil en los países con desarrollo relativo menor, que con el hemisferio comprende varias áreas críticas, que tras los estudios realista sistema educativo rígido que tenemos por lo general en la actualidad.

Resumen

Se propone un sistema educativo flexible para poder utilizar al máximo las posibilidades de los candidatos para trabajadores en programas de salud. Se sugiere crear un sistema educativo de auxiliares de salud, para cubrir las áreas rurales, programa que debería operar por algunos años para beneficio de los habitantes de estas áreas, y que podría

ser reactualizado con cursos periódicos. En el futuro dichos auxiliares podrían ser gradualmente reemplazados por profesionales de más alto nivel.

La razón es socioeconómica; pues así, a bajo costo y corto plazo, podríamos mejorar el área rural desde el punto de vista sanitario.

COMENTARIO OFICIAL — TEMA III

RELACIÓN ENTRE LA DEMANDA Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Por Luis PÉREZ ESPAILLAT *

Al hablar de los recursos humanos integrados a los servicios médicos de salud pública, debemos tener en cuenta el concepto "atención médica", el cual tradicionalmente se ha planteado como una necesidad.

Nosotros rechazamos el concepto necesidad y en su lugar utilizamos el término "demanda de servicios de salud", porque opinamos, al igual que el Dr. Kenneth Boulding, que "la necesidad niega autonomía e individualidad a la persona humana", a sea: "Sólo el esclavo tiene necesidades; el hombre libre, en cambio, tiene demandas."

Partiendo de este criterio la demanda de atención médica en nuestro hemisferio comprende varias áreas críticas, que tras los estudios realizados por los organismos internacionales especializados, se encuentran relativamente bien diagnosticadas y evaluadas.

Personal médico

Son muy significativos los datos estadísticos que señalan los doctores Héctor Castro Abitia y Ramón Arrizabalaga con respecto al personal médico de Indoamérica y su distribución, sobre todo en relación a las áreas demográficas. Consideramos que el problema de la mala distribución es mucho más agudo e importante que el problema mismo del déficit numérico que se contempla en la actualidad, y esta mala distribución en el panorama médico latinoamericano, no solamente se observa en el panorama continental y/o regional, sino dentro del ámbito de cada país, en forma individual. Si ciertamente resulta significativo que en Mesoamérica haya 3.5 médicos por cada 10,000 habitantes, mientras que en América del Sur existen 7.4 médicos por igual número de habitantes, no es menos significativo y tal vez de mucha mayor trascendencia que Santo Domingo, la capital de la República Dominicana, tiene un médico por menos de 1,000 habitantes, mientras en algunas zonas rurales la relación no alcanza a un médico por cada 20,000 habitantes.

* Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

Esta razón es veledera para otros muchos centros urbanos del continente, donde existen desproporciones tan grandes como las señaladas por el Dr. Castro Abitia, de 37.5 a 5.3 médicos por cada 10,000 habitantes. Es decir, que nuestro enfoque global del problema le da una importancia prioritaria a la distribución del personal médico en nuestros países, antes que a cualquier otro factor que afecte los servicios de atención médica y salud pública en cualquiera de sus áreas. Sin embargo, no podemos omitir otros factores que inciden en las entrañas mismas del problema, como el ritmo de la formación de médicos en nuestros países, y junto a este aspecto numérico debemos considerar también el aspecto cualitativo. Aparentemente la tendencia actual es la de un incremento sostenido de los centros de formación de personal médico en Latinoamérica, así como un incremento en el número de alumnos por escuela, lo que significa que el número de médicos va aumentando progresivamente. Esto, sin embargo, no debemos verlo con demasiado optimismo, ni como mecanismo generador de las soluciones básicas del problema, puesto que este incremento en la formación de dichos profesionales resulta virtual y no real, ya que se ve eclipsado por un incremento demográfico mucho más acelerado. Esta condición, sumada al éxodo hemorrágico de nuestros jóvenes profesionales de la medicina, debido a múltiples condiciones que todos conocemos y que ameritan ocasión aparte para comentar, no permite realmente un cambio favorable en la relación de médicos por número de habitantes, tal como lo señala muy bien el Dr. Castro Abitia. Creemos oportuno señalar en cuanto al aspecto cualitativo, que si es cierto que la mala distribución de médicos en nuestros países está condicionada principalmente por factores tales como carencia de medios de trabajo, situación de pobreza en el medio rural, deficiencia en las comunicaciones y una serie de fallas de nuestros sistemas de gobierno, debemos considerar también como un elemento condicionante la baja dosis de sensibilización social que les procuramos a nuestros alumnos durante la formación de su carrera profesional. Considero una responsabilidad de todos nosotros insistir con nuestros docentes para tratar de remediar este aspecto.

Ya señalamos que el número de médicos crece en Indoamérica y que ese crecimiento se ve nulificado por un incremento más acelerado de la población, que es quien crea la demanda de atención médica. De este modo la razón se mantiene desfavorable, es decir, en estado deficitario. No obstante, el déficit de médicos no es realmente el área más precaria—sobre todo numéricamente— del personal de salud en nuestro continente. Existen áreas donde el cuadro es mucho más desolador y sus perspectivas son más oscuras, pues abstraídas en el factor principal—el médico— originan la tendencia a relegar a planos secundarios otro tipo de personal más escaso de tanta utilidad, dentro de la panorámica asistencial, como puede ser en un momento dado el propio médico.

Odontólogos

El Dr. Castro Abitia, cuando analiza la situación de los odontólogos en nuestro continente, hace resaltar que la razón de dentistas a población ha sufrido pocos cambios en la década de 1960. Esto es así porque nuestros países mantienen sus estructuras socioeconómicas y políticas

sin ninguna variación positiva hacia las transformaciones que demanda el momento. Muchos de nuestros gobiernos consideran la salud una carga y no un derecho de los pueblos, a pesar de que un pueblo sano puede pensar, crear y luchar por una vida mejor, no así un pueblo enfermo. El número de dentistas en nuestra América no es suficiente para atender las demandas odontológicas y una de las causas que generan esta situación es la falta de incentivos y seguridad que ofrecen nuestros sistemas de gobierno.

En cuanto a la distribución de los odontólogos, la situación en mi país es idéntica a la de los demás de nuestra América, concentrándose la mayoría en las grandes urbes, estando una gran cantidad de nuestras comunidades sin dentistas, lo que favorece la proliferación de los empíricos, que causan muchas veces serios problemas a la población. Debemos luchar por que haya una distribución justa de este tipo de profesional en todos los países, para que sus atenciones no sean un privilegio.

El número de escuelas de odontología de América Latina ha aumentado en la década 1960-1970, pero no basta este aumento numérico si las estructuras, los objetivos y la metodología no han evolucionado, lo que nos obliga a pensar en reformas profundas y adecuadas a las demandas del pueblo en lo que a salud oral se refiere.

Las escuelas de odontología tienen la responsabilidad de formar el odontólogo que la nación requiere, que responda a las exigencias de la sociedad a la cual va a servir. Consideramos muy urgente el cambio en lo que se refiere a contenido programático, metodología y evaluación; ésta es una condición apriorista; ningún odontólogo puede ser superior a la escuela donde se forme. Las escuelas o facultades de odontología deben, sin perder tiempo, dedicarse a las modificaciones imprescindibles, a la orientación de su currícula hacia la obtención de odontólogos con una gran conciencia social, para evitar que este profesional realice su ejercicio con una actitud elitista, profesionalista e individualista, como ocurre en la actualidad. En mi país, como en los demás países de América Latina, las demandas de la población aumentan y tenemos que pensar en un aumento adecuado de odontólogos de acuerdo a los requerimientos de nuestros pueblos.

Consideramos que en la presente década el aumento de odontólogos no será suficiente para responder a las exigencias de la expansión demográfica y las demandas de salud dental. El Dr. Castro Abitia nos dice que se han dictado 27 cursos en 12 países encuestados, para técnicos dentales de laboratorio, asistentes dentales, higienistas, enfermeras dentales, paso éste que consideramos de gran importancia, porque estos técnicos de nivel medio resolverán muchos problemas que hasta hoy han estado en manos del dentista.

El odontólogo puede delegar en estos técnicos funciones como instrucción de higiene oral, exámenes preliminares de la boca, aplicación de fluoruro, toma de radiografías e impresiones, eliminación de suturas y vendajes, aplicación de anestésicos tópicos, colocación de material de obturación temporal, colados, soldaduras, etc., lo que permitirá que las atenciones odontológicas sean más eficientes y respaldadas por principios científicos.

En nuestro país estamos haciendo estudios para formar personal auxiliar de odontología en nuestra Facultad de Ciencias Médicas, para lo

cual hemos pedido consultorías a la Oficina Sanita Panamericana (OSP), ya que tenemos poca experiencia para su formación y utilización adecuada. Las experiencias en otros países de América Latina deben servir de estímulo para incrementar los recursos existentes y adecuar la formación de personal auxiliar de acuerdo a las transformaciones sociales que demandan nuestros tiempos.

A propósito ya hemos hecho algunos señalamientos respecto del cirujano dentista, y cuando nos referimos al caso de las enfermeras, nuestras palabras tienen que ser mucho más desalentadoras, pues todos debemos coincidir con los colegas Castro Abitia y Arrizabalaga en que la enfermería es, incuestionablemente, el área más crítica dentro del personal de salud en toda la región. Este sector tiene características dramáticas puesto que en algunas zonas de nuestra geografía la carencia es absoluta. En algunos de nuestros países la formación apenas logra mantener el nivel actual de crisis, no permitiendo que ésta profundice, desde luego refiriéndonos al aspecto cuantitativo, pues en otros aspectos el problema de enfermería es mucho más grave y espinoso. Por ejemplo, dijimos anteriormente que la mala distribución del personal médico es a nuestro juicio un factor preponderante, pero en el caso de las enfermeras sucede que ni siquiera se puede hablar de distribución, pues la exigua formación de este personal no alcanza a cubrir siquiera las demandas del sector privado; por tanto, los servicios de salud pública, que son menos atractivos, no tienen en dónde abastecer su aguda demanda, en el supuesto caso de que solieran preocuparse por ello.

En este sentido hablo con propiedad y con dolor, pues como ustedes han escuchado de labios de los distinguidos exponentes a quienes nos ha tocado el honor de comentar, nuestro país, la República Dominicana, sirve de marco de referencia, de prototipo de la crisis de enfermería que prevalece en nuestra región. Y en nuestro país, como supongo sucede en otros pueblos hermanos, esta situación se mantiene, se profundiza, se prolonga y no presenta perspectivas de mejoría debido a la obstinada o interesada resistencia de nuestro gobierno a firmar un acuerdo preparado entre la Organización Mundial de la Salud, nuestra Universidad y el propio gobierno, acuerdo mediante el cual pasa a manos de la UASD, la más vieja y mayor de dos pequeñas escuelas de enfermería que funcionan en la República Dominicana.

Si a ese acuerdo el gobierno le diera vigencia, la formación de enfermeras en mi país se incrementaría muchas veces con respecto a la producción actual.

Entre otros, este tipo de factores son los que bloquean y frustran el esfuerzo que muchos de nosotros realizamos a fin de mejorar el capítulo de recursos humanos para la salud en nuestros países respectivos, todo lo cual va a incidir sobre la atención médica que se brinda al pueblo.

Estamos seguros de que si nuestros sistemas políticos fueran más avanzados, estos problemas no existirían, o de existir quedarían resueltos con mayor rapidez, porque sólo los sistemas políticos que luchan para erradicar el hambre, para resolver los problemas de la salud, de la educación, de la habitación, en fin, por el imperio de la justicia social y por la independencia política y económica, pueden llevar la felicidad a nuestros pueblos que han sido víctimas de la explotación despiadada de los imperios en turno.

TRABAJO DE COMISIONES

Martes 27 de noviembre, 1973 — 16.00–19.00 hs.

Miércoles 28 de noviembre, 1973 — 9.00–12.00 hs.

En la sesión del martes 27 se integraron las Comisiones que analizaron las tres ponencias oficiales y sus respectivos comentarios. Cada Comisión nombró su Presidente, Secretario y Relator, en la forma que aparece en seguida.

Las sesiones de estos grupos de trabajo se efectuaron en el local de la Cámara del Senado.

COMISIÓN Nº 1

Esta Comisión estudió la ponencia sobre el Tema I, "Realidad socio-económica y situación de salud en América Latina".

PONENTE OFICIAL: *Dr. Eduardo Yépez Villalba*, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central, Ecuador.

COMENTARISTAS OFICIALES: *Dr. Julio Albán Holguín*, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, Bogotá, Colombia.

Dr. Domingos da Silva Gandra, Facultad de Medicina, Universidad de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN Nº 1

PRESIDENTE: *Dr. Pablo V. Carlevaro*, Uruguay.

SECRETARIO: *Sr. Alberto López*, Ecuador.

RELATOR: *Dr. Rubén Solís*, Ecuador.

COMISIÓN N° 2

Esta Comisión estudió la ponencia sobre el Tema II, "Formación de los profesionales de la salud en función del desarrollo".

PONENTE OFICIAL : *Dr. Heber Villalobos*, Unidad Regional de Genética, Universidad del Zulia, Venezuela.

COMENTARISTAS OFICIALES : *Dr. Julio de León*, Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina, Guatemala.

Dr. José A. Llorens, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Habana, Cuba.

INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN N° 2

PRESIDENTE : *Dr. Heber Villalobos*, Venezuela.

SECRETARIO : *Dr. Oliver Arellano*, Ecuador.

RELATOR : *Dr. Rodrigo Fierro*, Ecuador.

COMISIÓN N° 3

Esta Comisión estudió la ponencia sobre el Tema III, "Relación entre la demanda y la formación de profesionales de la salud".

PONENTES OFICIALES : *Dr. Héctor Castro Abitia*, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, México.

Dr. Ramón Arrizabalaga, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de México.

COMENTARISTAS OFICIALES : *Dr. Luis Felipe Hartmann*, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia.

Dr. Luis Pérez Espaillat, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN N° 3

PRESIDENTE : *Dr. Abel Hernández*, México.

SECRETARIO : *Sr. José Terán*, Ecuador.

RELATOR : *Dr. Eduardo Sánchez*, México.

RELATOS DE LAS COMISIONES

Miércoles 28 de noviembre, 1973 — 16.00–19.00 hs.

Los relatores de cada Comisión presentaron sus trabajos, que fueron ampliamente discutidos hasta permitir su redacción definitiva. Se pusieron en manos del Relator General de la Conferencia.

MESA REDONDA

Jueves 29 de noviembre, 1973 — 9.00–12.00 hs.—Salón del Congreso Pleno

El tema de la Mesa Redonda fue "Características de la educación médica en América Latina". Ocuparon el Presidium las personas siguientes:

PRESIDENTE:	<i>Dr. Leonardo Cornejo, Ecuador.</i>
COORDINADOR:	<i>Dr. Pablo V. Carlevaro, Uruguay.</i>
INTRODUCCIÓN:	<i>Dr. Ramón Villarreal, OPS.</i>
PONENTES:	<i>Dr. Juan César García, OPS.</i> <i>Dr. Antonio Meza Cuadra, Perú.</i>

CUARTA SESIÓN PLENARIA

Jueves 29 de noviembre, 1973

19.00 hs. — Salón del Congreso Pleno

RELATO GENERAL

INTRODUCCIÓN E INFORME

Entre los días 25 y 29 de noviembre del presente año, en esta bella y acogedora ciudad de Quito, capital de la hermana República del Ecuador, ha tenido lugar la VIII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina convocada por la Unión de Universidades (UDUAL), y actuando como sede organizadora la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, en estrecha coordinación con la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina.

Durante cinco días, se ha trabajado con dedicación y entusiasmo para dar cumplimiento al programa previsto, y dentro de lo enmarcado en las disposiciones del Reglamento General establecido para la celebración de estas conferencias, así como el Reglamento de esta VIII Conferencia, el cual fuera aprobado por el Plenario de la misma en su sesión preparatoria.

La Mesa Directiva de la VIII Conferencia fue presidida por el Doctor Eduardo Yépez, en reconocimiento de su acertada labor en la Presidencia de la Comisión Organizadora, actuando en la Secretaría General el Dr. César Hermida, que ocupara el mismo cargo en la Comisión Organizadora, y como Relator General, el que suscribe este documento. Secundaron en la Presidencia al Dr. Yépez, en las distintas sesiones plenarios, los siguientes profesores, con carácter de Vicepresidentes de las Asambleas:

1A. SESIÓN PLENARIA:

Dr. César Vargas, Universidad de Guatemala.

Dr. Juan Almendares, Universidad Autónoma de Honduras.

2A. SESIÓN PLENARIA:

Dr. Abel Hernández, Universidad de Guadalajara, México.

Dr. Rodolfo Young, Universidad de Panamá.

3A. SESIÓN PLENARIA :

Dr. Antonio Meza Cuadra, Universidad de San Marcos, Perú.

Dr. Heber Villalobos, Universidad del Zulia, Venezuela.

La tarea de Relator General recayó, por decisión de la Asamblea, en la Delegación de nuestra patria, Cuba, distinción que profundamente agradecemos en nombre de nuestro pueblo, y en especial, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Cuba.

El trabajo fue organizado de la siguiente manera: Se celebraron tres sesiones plenarias, donde se exponían, por los Ponentes Oficiales, el documento central, según la temática de esta VIII Conferencia; acto seguido se leían en boca de sus realizadores los comentarios oficiales de cada tema, sometiéndose a debate tanto la Ponencia como su Comentario, siendo recogidas por la Secretaría General las intervenciones y pasadas por escrito a las respectivas Comisiones para que aumentaran el caudal de elementos que contribuyeran a enriquecer las discusiones. A cada tema discutido en la plenaria, correspondió una Comisión de Trabajo, que se integró con un Presidente, Secretario y Relator. De todos los relatos correspondía a nosotros traer a ustedes el Relato General para someterlo a vuestra digna consideración.

Era obvio, señores delegados, que el Tema Central de esta Conferencia: "El Médico que América Latina necesita", así como el resto de la temática debatida en esta VIII Conferencia, despertara el interés apasionado, vehemente y sentido, a la vez que imbuido de un profundo sentido crítico y científico, que ha prevalecido en las discusiones que se han originado alrededor de los mismos. Esta reunión sin lugar a dudas ha estado caracterizada por la profunda identificación de sus participantes con la problemática real de la salud y la formación de los recursos para la misma en sus respectivos países, sin dejar de considerarlas dentro del contexto latinoamericano, pero no sólo han manifestado el conocimiento descriptivo de los hechos, sino que la mayoría ha señalado e identificado plenamente el gran causante de los mismos: "El sistema de explotación e injusticia social" que mantiene a la mayoría de nuestros pueblos sumidos en el atraso, la miseria, la incultura y la expoliación de sus riquezas.

Al mismo tiempo, se ha tratado de buscar de manera objetiva y realista, de acuerdo a las condiciones históricas dadas en cada uno de los países, cuál debe ser el papel de las Universidades, que, como exponente de los más altos valores culturales, no puede desvincularse de la realidad social en que viven.

Todo esto, señores delegados, ha sido discutido con vehemencia y profundidad, respetando los puntos de vista y posiciones de cada uno de los participantes, por lo que nosotros, actuando consecuentemente con este espíritu de trabajo, hemos tenido a bien transmitir a ustedes, señores delegados, literalmente, los acuerdos tomados en el seno de cada una de las Comisiones, en la misma forma que han sido recogidas por su Relator.

RELATO FINAL — TEMA I

“REALIDAD SOCIOECONÓMICA Y SITUACIÓN DE SALUD DE AMÉRICA LATINA”

Presidente:	Dr. Pablo V. Carlevaro.
Relator:	Dr. Rubén Solís.
Secretario:	Sr. Alberto López.

Los Delegados a esta Comisión, por unanimidad, reconocen la situación de salud en los países latinoamericanos como totalmente injusta, y enfatizan el hecho del abandono total del sector campesino. El Estado protege parcialmente la salud de las clases capaces de vender su fuerza de trabajo; más del 50 % de la población se halla desatendida por completo, situación ésta que es consecuencia esencial de la estructura socio-económica capitalista, con dependencia colonial de la gran metrópoli imperialista. Por otro lado, considera que la situación de salud no sólo es la resultante del sistema capitalista, sino que es un proceso retroalimentador del mismo, sistema predominantemente curativo en materia de salud, que distrae la atención de las masas populares marginadas y merma las tensiones.

Este sistema trata de dar importancia al factor demográfico o de crecimiento poblacional, como una justificación a las flagrantes injusticias en el campo de las relaciones de producción, constituyendo, a juicio de la Comisión, el control de la natalidad, una expresión del sistema represivo y una medida atentatoria contra nuestros valores étnicos y culturales, es decir, un verdadero genocidio de los pueblos latinoamericanos.

Este sistema estructural se refleja en la Universidad, y conforma el modo de ser del médico latinoamericano.

La Universidad ha intentado dar respuesta a este problema de distinta manera, proyectando especialmente sus acciones en el área campesino-rural, a través de programas etiquetados con los nombres de Medicina Comunitaria, Extensión Universitaria y Medicina Rural. La intención fundamental era el poner a los estudiantes en contacto con un sector poblacional al que en su gran mayoría no se habían acercado antes; pero al hacerlo, se tomaron como base criterios tales como el geográfico o residencial, señalando áreas para el desarrollo de las acciones de salud, convirtiéndolas en “Estaciones Experimentales”, separadas de la sociedad y derivando en la mayoría de las veces a una actitud paternalista.

El grupo considera que el proceder de esta manera es negar una tangible realidad, cual es una sociedad dividida en clases en conflicto, actuando como si todos los componentes tuvieran los mismos intereses. Esto constituye "una esterilización" del elemento universitario "en la consecución de una de las primeras finalidades, cual es la producción de conocimientos derivados del estudio de la realidad, cosa que se alcanzará solamente actuando sobre las formas primarias de asociación de las clases dominadas, promoviendo la integración entre el trabajo intelectual y el manual en la enseñanza de las universidades, nueva concepción de acción comunitaria que lograría formar trabajadores de la salud, analíticos y críticos de la realidad y sus causas.

Frente al análisis planteado, la primera conclusión es: que no se producirán cambios sustanciales en la situación de salud de los pueblos latinoamericanos, en tanto no se operen cambios correlativos en el sistema estructural vigente en lo social, en lo económico y en lo político.

Por lo tanto, a la Universidad Latinoamericana le compete:

1. Diagnosticar científicamente nuestra realidad social y de salud, y efectuar la denuncia sobre dicha base científica.

2. Reclamar que los presupuestos del Estado, en materia de salud, sean racionalmente orientados en función del diagnóstico elaborado científicamente por las universidades.

3. Propender al establecimiento de un sistema único de salud y a la normación de su funcionamiento.

4. Establecer bases de coordinación con el Estado como consecuencia directa de lo precedente.

También compete a la Universidad en lo educativo:

5. Establecer una praxis educativa en torno al conocimiento de la realidad social, con objetivos desalienadores en la formación tanto del estudiante como del docente. Es decir, una praxis educativa que relacione a estudiantes y docentes con las organizaciones gremiales de trabajadores y las asociaciones de campesinos, a fin de que se tome conocimiento directo de las relaciones de producción de nuestras sociedades y su articulación con la salud.

6. Finalmente, la Comisión recomienda, en base a las conclusiones enunciadas, que constituyen un examen preliminar aunque muy objetivo del problema en cuestión, que es de imprescindible necesidad constituir grupos de estudio y análisis en mayor profundidad de esta problemática, en todas y cada una de las Universidades de América Latina, que deberán comenzar a revisar las teorías, los métodos, los resultados y los programas desarrollados en cada área.

POR LA COMISIÓN I

Dr. Pablo V. Carlevaro,
Presidente

Dr. Rubén Solís,
Relator

Sr. Alberto López,
Secretario

RELATO FINAL — TEMA II

“FORMACIÓN DE PROFESIONALES PARA LA SALUD EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO”

Presidente:	Dr. Heber Villalobos.
Relator:	Dr. Rodrigo Fierro.
Secretario:	Dr. Oliver Arellano.

En base a las siguientes consideraciones:

a) Que el estado de salud o enfermedad de un pueblo se halla estrechamente ligado a sus características económico-sociales.

b) Que en el caso concreto de los países latinoamericanos, el estado de salud se halla en relación directa con su situación de subdesarrollo y dependencia, y

c) Que no se puede hablar de pueblo sano si todos los ciudadanos no tienen acceso y posibilidad real a satisfacer todas sus necesidades básicas.

La Comisión estuvo unánimemente de acuerdo en que los profesionales de la salud que América Latina necesita son aquellos que se formen estrechamente vinculados a los problemas políticos y psicosociales; con un concepto ecológico del fenómeno salud-enfermedad y un criterio integral preventivo-curativo; con la formación de un pensamiento científico que aúne la teoría con la práctica; con una formación en el trabajo manual y de servicio; con una actitud positiva al trabajo colectivo en equipo; conocedor de los valores culturales de nuestra sociedad.

Igualmente hubo unanimidad en considerar que este tipo de profesionales de la salud, con las características antes mencionadas, resulta un ideal de difícil si no imposible logro dentro del sistema capitalista imperante en los países latinoamericanos. Pero que, sin embargo, debían implementarse las acciones que le permitan a la Universidad formar profesionales de la salud con una concepción muy clara de las situaciones que generan los bajos niveles de salud. En forma tal que, a más de capacitarlos profesionalmente, los comprometa con el cambio social, convirtiéndolos en militantes activos de la transformación que nuestras sociedades latinoamericanas requieren.

Para lo cual la Comisión recomendó:

1. Conocimiento de la realidad bio-psico-social latinoamericana, en base al dominio de la ciencia y la tecnología modernas, y la aplicación del método científico.

2. Contacto de profesores y estudiantes con dicha realidad. Realidad que necesariamente debe ser interpretada multidimensionalmente, con especial énfasis en las causas socioeconómicas que las generan.

3. Conformación de equipos de estudio y de trabajo en los que profesores y estudiantes sean sujetos activos en la planificación, obtención y análisis de los conocimientos a adquirirse, y no sujetos pasivos de la enseñanza.

4. Orientar la gestión de profesores y estudiantes hacia la investigación y el servicio a la comunidad. Lo señalado, desde etapas tempranas de la formación de los profesionales de la salud.

5. Autonomía en la gestión universitaria. En forma tal que le permita a la Universidad comprometerse con el pueblo y encaminarlo hacia su auténtica liberación.

6. Estudiar la conveniencia de reducir los años de formación del médico latinoamericano, y la creación de otro tipo de profesional de la salud que en corto tiempo sea capaz de interpretar los grandes problemas sociobiológicos, asignándoles funciones de diagnóstico y tratamiento. Todo ello en consecuencia con las necesidades apremiantes de cobertura de los servicios de salud actualmente existentes.

7. Incremento en el presupuesto general de los Estados de las asignaciones dedicadas a la educación y a la salud. Dicho incremento debería hacerse en base a un cálculo de los requerimientos que, en términos de salud y educación, tiene cada uno de los habitantes de un país.

También se pronunció la Comisión en el sentido de que, aun alcanzándose el máximo perfeccionamiento de los programas de educación médica en las universidades latinoamericanas, ello no se traducirá en un cambio sustantivo en los actuales niveles de salud, dentro del sistema capitalista vigente en la casi totalidad de los países latinoamericanos. La mayoría de la Comisión, al rechazar el sistema capitalista imperante, recomendó vivamente, la necesidad de construir una sociedad justa y humana. En este sentido hubo opiniones que manifestaron lo procedente de que el cambio se efectúe en cada país de acuerdo a su idiosincrasia.

Quito, noviembre 29, 1973

Dr. Rodrigo Fierro B.,
Relator

RELATO FINAL — TEMA III

RELACIÓN ENTRE LA DEMANDA Y LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Presidente:	Dr. Abel Hernández.
Relator:	Dr. Eduardo Sánchez Pineda.
Secretario:	Sr. José Terán.

En la mayor parte de nuestros países, los planes de salud no están completamente estructurados, y no existen políticas definidas acerca del desarrollo de recursos humanos.

Es de desear que todos los países latinoamericanos puedan definir los tipos y categorías de personal de acuerdo con sus características y necesidades, y tomando en consideración la capacidad de absorción por parte de los servicios, de acuerdo con la política propia y sus posibilidades presupuestarias.

Es necesario, por otra parte, determinar el sentimiento del equipo de salud, el grado de utilización de los servicios por parte de la población, y los efectos que sobre las instituciones docentes tiene el creciente número de conocimientos, los cambios necesarios en las condiciones de vida y en las políticas nacionales de salud vigentes.

Para tales efectos, los integrantes de la Comisión III, que analizaron el Tema "Relación entre la demanda y la formación de profesionales de la salud", llegaron al enunciado de los siguientes puntos conclusorios:

1. Con el objeto de lograr la máxima utilización de los, hasta el momento, escasos recursos humanos y materiales de que disponen nuestras universidades, se indica la necesidad de crear institutos que agrupen carreras afines, que permitan al mismo tiempo la integración de equipos multidisciplinarios que trabajen armónicamente en la resolución de los problemas regionales de salud.

2. El análisis de la situación de salud, el inventario de los recursos humanos disponibles, por categoría, cantidad, nivel de adiestramiento y grado de utilización, así como el análisis de la capacidad instalada, corresponde, como deber y derecho, a las universidades, quienes obtendrán un fuerte cimientó del cual partir para la estructuración de las necesidades cuanti y cualitativas en la solución de la problemática de salud.

3. Dado que la realidad vigente nos indica la necesidad de que debemos pugnar por la organización de las comunidades para obtener su

participación activa en el proceso de cambio, es necesaria la modificación curricular actual para incluir disciplinas que favorezcan la preparación de profesionales para la salud convertidos en verdaderos elementos de promoción de cambios de estructuras de la comunidad en la que se desenvuelve, a través del estudio y del trabajo.

4. Conjuntamente a la modificación curricular, es indispensable el cambio de actitud en los elementos profesionales de salud ya egresados, así como en los propios profesores que en el momento están al frente de las cátedras.

Lo anterior debe ser reforzado con la creación de maestrías de docentes médicos, que deben ser encauzados por el nuevo sendero de las Facultades de Medicina.

5. La identidad de propósitos y responsabilidad, así como las necesidades de aprovechar al máximo los recursos, exigen la adecuación y el incremento de las instalaciones sanitarias, particularmente en las regiones rurales donde el profesional de la salud puede desarrollar sus actividades.

6. Es evidente que las carencias económicas en los aspectos de educación y salud detienen cualquier intento de desarrollo, por lo que es necesario imponer la tarea de pugnar para obtener un incremento activo y realista de los presupuestos universitarios, así como de los Ministerios de Salud y de Educación.

7. Logrado lo anterior, se hará efectiva la utilización de los médicos en servicio rural, reglamentando el tiempo de su ejercicio en esas áreas, de modo que se puedan obtener beneficios inapreciables, tanto en la experiencia profesional del médico, como de la comunidad, que estará en condiciones de participar activamente en su propio proceso de cambio.

8. Queda al criterio de cada universidad de Latinoamérica, la determinación de los mecanismos que la lleven a la consecución de estas metas.

Quito, 28 de noviembre de 1973

Dr. J. Eduardo Sánchez Pineda
Relator

PALABRAS FINALES DEL RELATOR GENERAL

Señores Delegados:

Estando absolutamente seguros de interpretar el sentimiento de todos los presentes en esta Asamblea Plenaria, queremos dejar patentizado nuestro más sentido agradecimiento, a la Comisión Organizadora, que ha sabido eficientemente crear las condiciones propicias para realizar un trabajo útil, así como a todos los trabajadores que de una forma u otra con su esmerada atención nos han hecho sentirnos como en nuestra propia casa.

Para terminar queremos hacer un llamado a todos los que participamos en estas jornadas de trabajo creador, para que con el mismo espíritu que nos enfrascamos en los debates, nos demos a la tarea de hacer realidad los acuerdos tomados, pues así contribuiremos a elevar los niveles de salud de nuestros pueblos, a formar un personal con una verdadera conciencia social y a avanzar hacia la creación de una sociedad más justa.

Muchas gracias.

Dr. Juan M. Diego Cobelo
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Central de Las Villas.
Relator General VIII Conferencia de Facultades
y Escuelas de América Latina.

RELATO FINAL DE LA MESA REDONDA
"CARACTERÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA
EN AMÉRICA LATINA *

Pablo V. Carlevaro,
Relator de la Mesa

1. ANALISIS HISTÓRICO

2. LA INFLUENCIA FORÁNEA

- 2.1 *Limitación del alumnado*
- 2.2 *Otras intromisiones*

3. CARACTERÍSTICAS

- 3.1 *Alta demanda por la realización de estudios médicos*
- 3.2 *Desajuste de los recursos en relación con las necesidades*
- 3.3 *Formación inconexa de los profesionales de la salud*
- 3.4 *Incoordinación entre la formación y la demanda de recursos humanos*

4. TENDENCIAS EVOLUTIVAS

- 4.1 *Cambios pedagógicos*
- 4.2 *Tendencias unificadoras*
- 4.3 *Modernización curricular*
- 4.4 *Educación médica en función de la realidad nacional*

5. REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS EDUCACIONALES EN LA INVESTIGACIÓN

6. COMPRENSIÓN DEL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA SALUD

7. PAPEL DE LAS UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

* *Relato final* de la Mesa Redonda realizada durante la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina (UDUAL—Universidad Central del Ecuador), celebrada en Quito, Ecuador, en 1973.

CARACTERÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN AMÉRICA LATINA

Pablo V. Carlevaro

En esta breve exposición, intentaremos sistematizar y resumir los aportes efectuados por los participantes de esta mesa redonda y complementarios con algunas opiniones personales.

1. ANALISIS HISTÓRICO

El Dr. Juan César García ha efectuado un interesante análisis histórico de la Medicina en América Latina, desde la Colonia hasta nuestro tiempo, correlacionándolo con algunas características de la educación médica.

Comienza sentando su discrepancia con la existencia de una concepción no histórica, general y absoluta, de la educación médica, que juzga muy negativa en relación al proceso de cambio de nuestra sociedad latinoamericana. Sostiene que, como parte de la realidad, la Medicina —en todos sus aspectos— está relacionada inevitablemente con el proceso de producción económica, y florece dentro de los límites fijados por la estructura económica de la sociedad.

Las formas de atención médica en tiempos de la Colonia, ya estaban en correspondencia con la estructura de clases sociales de la época, asignándose los recursos humanos de modo respectivo con los diversos grupos estratificados que existían en la sociedad colonial.

Por su propio origen colonial, las universidades —en América— siguieron los patrones de las universidades medievales de las metrópolis (Salamanca y Coimbra), a partir de las cuales tomaron origen.

Por su actividad educativa se evidenció una tremenda disociación entre práctica y teoría, al punto que la enseñanza de la cirugía —por ejemplo— estaba fuera de las universidades.

En una etapa histórica ulterior, con la expansión del capitalismo, el objeto de la medicina pasó a ser conservación y adaptación de la fuerza de trabajo, ahora constituida por trabajadores libres. Es entonces cuando la medicina emerge como un recurso técnico apropiado para asegurar las ganancias que provienen de la explotación de nuestras riquezas. Más adelante, con la aparición —en grados diversos— del desarrollo indus-

trial y con el correspondiente surgimiento de grupos obreros organizados, aparecen, correlativamente, las formas de seguridad social.

En esta etapa histórica, las facultades y escuelas de medicina empiezan a cobrar autoridad y a ejercer funciones tutelares, cubriendo más ampliamente las demandas de formación profesional y técnica, y legitimando, asimismo, el progreso inherente a los nuevos procedimientos empleados en la atención médica.

A pesar de la existencia de una fuerte demanda de especialización, las facultades de medicina siguen formando sólo médicos generales, lo cual pone de manifiesto el antagonismo que existe entre la educación médica superior y los intereses de la práctica médica profesional, que se resiste a la competencia en el mercado.

En la etapa histórica de acentuación de la llamada "nueva dependencia", caracterizada por la acción del capitalismo multinacional o transnacional y el imperialismo económico, también acontecen cambios en la medicina, asociados a la aparición de conceptos nuevos.

2. LA INFLUENCIA FORÁNEA

Por nuestra parte, sentimos la necesidad impostergable de aportar a la caracterización de esta última etapa histórica, algunos elementos relacionados con la intromisión del imperialismo en la educación médica y en la vida y actividades de las escuelas y facultades de medicina de América Latina.

El intento del imperialismo norteamericano de tutelar también culturalmente nuestros pueblos, se ha puesto de manifiesto en diversos hechos concretos.

2.1 *Limitación del alumnado*

Es el caso, por ejemplo, de la incorporación —en muchas escuelas de medicina latinoamericana— de medidas administrativas de enorme trascendencia educacional y social, tales como la *limitación del alumnado*, que significa, indudablemente, una práctica tendiente a la regulación y control del acceso a la educación superior, así como de la formación de recursos humanos. Esta práctica se ha hecho, muchas veces, flagrantemente en contra de las necesidades nacionales, y siempre con desatención absoluta por esas necesidades. Así, por ejemplo, la aplicación de la receta limitacionista ha determinado en ciertos países que, cuando nuevos gobiernos —en función de una concepción política diferente— se propusieron efectuar cambios trascendentes en la atención médica de la población, el número de médicos resultara insuficiente. Sin embargo, por muchos años, precisamente en estos países, se había rechazado la demanda estudiantil para ingresar a los cursos de medicina y había imperado la más severa limitación del alumnado. Igualmente se puede anotar que, hace más de 25 años, en facultades que por entonces tenían bajo alumnado algunos profesores que regresaban deslumbrados con el progreso científico y la educación médica de los Estados Unidos, pugnaban apriorísticamente por la adopción, en su propia escuela, de las medidas limitacionistas, sin el menor estudio ni informa-

ción acerca de la realidad médico-social y sanitaria del país. Es decir, aquellos profesores limitacionistas abogaban en favor de la limitación, por la limitación misma, quizás para facilitar merced a ella, el desempeño de sus tareas enseñantes, o para disponer del máximo tiempo para la investigación, al modo de lo que acontecía en las universidades en donde habían realizado su perfeccionamiento técnico y científico. Sería injusto excluir de las tendencias limitacionistas la influencia proveniente —en muchos países— del sector profesional, habitualmente celoso de su propio mercado de trabajo.

2.2 Otras intromisiones

Pero no sólo a través de la limitación del alumnado se puso en evidencia la tutela cultural ejercida por los norteamericanos, sino que también se introdujeron modelos educativos hábilmente sugeridos y, a veces, verdaderamente impuestos, gracias a la "colaboración" de fundaciones privadas, por medio de los programas de "cooperación y ayuda", o aun, a la injerencia inescrupulosa de organismos internacionales de diversos tipos y disfraces, en la vida cultural de nuestros países.

La entrega de fondos ("grants") para financiar programas de investigación, cuando recayó en instituciones universitarias, o en investigadores, sin clara conciencia social y latinoamericana de sus fueros, o bien, en personas inadvertidas de los propósitos de dependencia implícitos en dichos programas, significó un riesgo cierto para la autonomía universitaria, cuando no, muchas veces, abrió las puertas a una intromisión descarada del imperialismo y sus agencias públicas o privadas, en los programas de investigación —y aun de atención médica— de nuestras universidades latinoamericanas, generando así una distorsión respecto de lo que debe ser su auténtica labor creativa, su aporte a la elaboración y al surgimiento de una cultura nacional.

Particularmente, en el caso de la participación de federaciones, asociaciones, instituciones o servicios universitarios —multinacionales o nacionales— en programas de control de la natalidad, la intromisión foránea complicó a las escuelas de medicina en prácticas destinadas a materializar una política demográfica de las metrópolis imperialistas, esencialmente ajena y contraria a los más legítimos intereses nacionales.

3. CARACTERÍSTICAS

Por su parte, los análisis efectuados por los doctores Ramón Villarreal y Antonio Meza Cuadra apuntan tanto a señalar algunas características objetivamente comprobables, como a la identificación de ciertas tendencias muy vigentes en nuestra educación médica latinoamericana.

3.1 Alta demanda por la realización de estudios médicos

El Dr. Villarreal señala que en el último decenio se anota una alta demanda de ingreso a los estudios médicos en toda América Latina.

Más allá del hecho sociológico consistente en que el acceso a la edu-

cación superior es una característica generalizada de nuestro tiempo —en todas partes del mundo—, es evidente que la altísima demanda por la educación médica se traduce, entre nosotros, en dos hechos objetivos.

Por un lado, el aumento en el número de escuelas y facultades de medicina, de lo cual Brasil —con 42 escuelas de medicina— constituye el ejemplo más saliente.

Por otro, y complementariamente, la reclamación estudiantil por acceder sin trabas a los estudios universitarios ha determinado —en algunos lugares— la vuelta a la política del libre ingreso. En aquellos lugares donde se ejerce sin retaceos, como en la Universidad Nacional Autónoma de México, o en la Universidad Nacional de Buenos Aires, el ingreso ha llegado a cifras del orden de los 5,000 estudiantes, en 1972, y de más de 12,000 en 1974, respectivamente.

Todo ello se da, además, en un contexto de notorio desajuste e incoordinación entre la educación secundaria y la enseñanza superior.

En contraste marcado, otras carreras pertenecientes a *las demás profesiones de la salud no tienen igual demanda de ingreso*, pese a que los sistemas de atención médica establecen una significativa necesidad de profesionales en dicho campo, y pese a que, además, la alta demanda del medio garantiza la ocupación profesional plena de los graduados al producirse su egreso.

3.2 Desajuste de los recursos en relación con las necesidades

Sin pretender, por nuestra parte, un análisis profundo del problema, cabe señalar que, no obstante el alto número de estudiantes y las promociones de graduados correspondientemente crecientes, es característica del continente la existencia de una distribución funcional y territorial del médico totalmente inadecuada, que denuncia las insuficiencias de planificación de nuestros sistemas de atención médica, o aun su inexistencia, y pone en evidencia que importantísimos sectores de la población viven marginados de todo cuidado serio y científico de su salud.

Muchas veces ha partido de ciertos sectores políticos “desarrollistas” la crítica a nuestras universidades en el sentido de que ellas no han sido capaces de adecuarse al tiempo y a las necesidades de nuestros países en materia técnica, y siguen formando “doctores”, es decir, médicos y abogados. En realidad, las universidades reflejan, en su alumnado, lo que las sociedades en que asientan —a modo de condiciones de contorno— les imponen. En efecto, en nuestra sociedad latinoamericana capitalista y burguesa, el médico y el abogado siguen teniendo ocupación y, además, elevado prestigio social. En cambio, los profesionales formados en otros campos, particularmente los del área tecnológica, muchas veces no encuentran en su propio país, ocupación adecuada a su formación técnica y profesional, o bien, no son debidamente retribuidos, y se ven forzados a cambiar de ocupación o, aun, a emigrar, con todo lo que ello significa como desaprovechamiento de recursos humanos costosamente preparados por el país.

Particularmente en el campo profesional de la salud, es notorio que una valoración tradicional aristocratizante respecto de la profesión de médico, asociada a una valoración inculta —con la contraparte de una

retribución salarial muy baja— de las enfermeras, y de otros profesionales de la salud, han contribuido, ambas, a un desajuste en la distribución numérica que debiera existir entre las distintas actividades profesionales del sector.

3.3 *Formación inconexa de los profesionales de la salud*

Probablemente, la mencionada valoración aristocratizante en relación a la profesión de médico sea responsable, también, de la existencia de una injustificada desconexión entre la formación de los médicos y la formación de otros profesionales de la salud, tales como odontólogos, enfermeras, obstetras, dietistas y nutricionistas, fisioterapeutas, etc., todo lo cual lleva a una inhomogeneidad educativa en programas, contenidos y orientación metodológica, nada recomendable por cierto, así como a una dilapidación de recursos humanos, locativos e instrumentales, que no condice con la pobreza que, por regla general, caracteriza a la universidad latinoamericana.

3.4 *Incoordinación entre la formación y la demanda de recursos humanos*

En lo precedentemente expuesto se evidencia que la inexistencia de planes y programas conjuntos o coordinados en materia de atención de salud y formación de profesionales y técnicos, entre los organismos oficiales de la salud pública y las escuelas de medicina, tiene que deparar, como no podía ser de otro modo, una incoherencia entre lo que los servicios de salud, por su parte, reclaman, y los recursos humanos que las universidades, por sí solas, aportan.

A nuestro criterio, la primera responsabilidad de esta situación corresponde a los gobiernos, que en muchos de nuestros países no han elaborado aún planes orgánicos y concretos de salud, ni han integrado o, al menos, coordinado, los diversos tipos de servicios que prestan atención médica en cada país, excluyendo y marginando, en la mayoría de los casos, a las universidades y sus escuelas de medicina de toda participación en la labor programática.

En los relatos y discusiones de la VII Conferencia celebrada en Maracaibo, quedó ampliamente acordado que dicha coordinación entre las escuelas de medicina y los organismos oficiales, o aun para-estatales, es de la mayor importancia y necesidad para lograr un aprovechamiento integral y máximo de todos los recursos que existen y deben ser empleados para efectuar una educación médica efectivamente inserta en el quehacer de atención de la salud. A nuestro criterio, es la única forma de desarrollar algo tan importante, desde el punto de vista educativo, como lo es el sentido de la responsabilidad del futuro profesional.

La existencia de coordinación abre, además, la posibilidad de descentralizar actividades educacionales, lo cual redundará en beneficio de una mejor, mayor y más activa participación de los estudiantes en dichas actividades, cuestión siempre deseable.

4. TENDENCIAS EVOLUTIVAS

Señalemos, a continuación, algunas de las tendencias evolutivas de la educación médica en América Latina que se evidencian con mayor nitidez y vigencia en nuestras facultades y escuelas.

4.1 *Cambios pedagógicos*

Una de las tendencias evolutivas dominantes en la educación médica se observa en lo relativo a los cambios en la metodología educativa. Ya no se discute la importancia que tiene el hecho de que el estudiante sea el verdadero protagonista en su proceso educativo, así como la importancia de un quehacer educativo conjunto de estudiantes y docentes. Esto va asociado, además, con cambios en los criterios y procedimientos de evaluación, con la inserción de ésta en el proceso de aprendizaje, transformándola en una instancia retroalimentadora del propio aprendizaje.

Es también una inquietud pedagógica muy estimable la aspiración de integrar, armónica y dialécticamente, en todos los niveles y dimensiones del conocimiento, la teoría con la praxis médica. A su vez, este último concepto se ha enriquecido con el progreso de la propia medicina. Clásicamente quedaba restringido al concepto de praxis clínica, pero actualmente —con un sentido integral y pleno de la formación médica— el concepto de praxis médica desborda a la praxis clínica tradicional.

4.2 *Tendencias unificadoras*

Otro de los aspectos propios de la educación médica que actualmente se practica en América Latina, es el esfuerzo por superar la diversidad de orientación y enfoque existente en los programas que están en curso de desarrollo, aun en un mismo país, y, más particularmente, resolver, de manera definitiva, el contraste violento que existe entre las formas clásicas de educación médica y las tendencias educacionales que ya han comenzado a manifestarse.

Como surge de lo expresado por el Dr. Ramón Villarreal, las tendencias modernas en la educación médica se caracterizan por propender a la unificación de objetivos (unicidad), por abarcar todas las componentes del saber y la formación del médico (integralidad), por movilizar concurrentemente el aporte de todas las disciplinas (interdisciplinaria), por posibilitar simultáneamente la educación de diversos tipos de profesionales de la salud (multiprofesionales), por intentar la vinculación estrecha entre la actividad docente y la asistencial, lo cual propende a la integración del trabajo con la enseñanza, y lleva, necesariamente, a la coordinación de programas y acciones entre las universidades y sus escuelas de medicina, por una parte, y las organizaciones oficiales de salud, por la otra.

4.3 *Modernización curricular*

A lo expuesto agregaremos que es notoria, en la educación médica que se está efectuando en América Latina, la tendencia a la moderniza-

ción del currículo con inclusión de disciplinas nuevas, muy especialmente las ciencias sociales, y de la conducta, que se refieren a las componentes tanto social como humana de la medicina, así como también una apertura, cada vez más necesaria, a la metodología cuantitativa.

Además, es aspiración bastante generalizada el poder concretar parte del aprendizaje de la medicina social por medio del desarrollo de formas de educación extramural y comunitaria, que pongan al estudiante en contacto efectivo y directo con la comunidad y el pueblo.

4.4 Educación médica en función de la realidad nacional

En sus respectivas exposiciones, los doctores Villarreal y Meza Cuadra señalaban, con total acierto, la necesidad que existía de revisar los programas de formación del médico y la estructuración de los respectivos currículos, tomando en consideración la realidad sanitaria y médico-social de cada país y, aun, de cada región.

A nuestro criterio, esto implica un rechazo del antiguo proceder académico que propendía —por regla general— a copiar moldes educacionales propios de los países desarrollados y aplicarlos, como un clisé, a nuestra educación; pero implica, asimismo, un desafío a nuestra inventiva, a nuestra capacidad creativa, para idear o diseñar programas educativos adecuados a nuestras propias realidades.

Como lo evidenciara el Dr. Meza Cuadra, el desconocimiento, en los programas educacionales, de la realidad médico-social del país y sus características propias puede llevar al desconocimiento de la incidencia que tienen los factores sociales en la etiología de nuestras principales enfermedades, así como a la ignorancia de algunas constantes bastante repetidas en nuestros países, tales como la mala distribución de los recursos institucionales, materiales y humanos para la atención de la salud de la población.

Todo ello se asocia, inevitablemente, con la marginación de importantes contingentes de población respecto de la atención médica de la salud. Dichos sectores son, y no casualmente, los sectores sociales más vulnerables, que también son los más numerosos dentro de la población de vastísimas áreas del continente.

La marginación se traduce, entonces, por una desatención de la riqueza potencial humana más importante de nuestros países, cuestión que ya comienza antes del nacimiento, con la desatención del embarazo, y prosigue con la desatención de las instancias subsiguientes: parto, recién nacido, lactante y niño.

5. REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS EDUCACIONALES EN LA INVESTIGACIÓN

No es de extrañarse, entonces, que una universidad —en nuestro caso, escuela de medicina— que oriente la educación de sus estudiantes en función del análisis de la problemática social del país en que asienta o radica, habrá de experimentar, correspondientemente, cambios en la orientación de sus propios programas de investigación científica.

Es decir, la búsqueda de la problemática social del país como fuente

temática de la educación superior obliga, de hecho y necesariamente, a analizar y estudiar científicamente dicha problemática. O sea, obliga a que las universidades orienten sus inquietudes en la creación de conocimiento hacia el análisis científico de la propia realidad de su país, hacia el estudio de los problemas nacionales.

Al respecto, parece imprescindible efectuar, también, alguna puntualización. Es preciso ponerse en guardia contra la falsa oposición que consiste en enfrentar, en el campo del conocimiento médico, como opciones mutuamente excluyentes, la temática científica clásica —de base biológica o científico natural— con la investigación médico-social de la problemática nacional. Al fomentar el estudio de los problemas nacionales no se trata, obviamente, de relegar o hacer involucionar la investigación experimental o clínico-patológica, sino de hacer lugar también —con la jerarquía y seriedad científica que merece— a la investigación científica en el área médico-social.

Por cierto que las diferencias entre métodos y técnicas que se emplean en uno y otro campo son más que evidentes, así como también es diferente la identidad de los propios investigadores.

Pero no es menos cierto, también, que existen interesantísimas áreas de superposición entre ambos campos, en las que la ecología y la condición social del individuo están condicionando hechos y fenómenos de índole patológica y base biológica, que son fuente de problemas a abordar a través de una investigación científica efectuada según los cánones más clásicos de la expresión.

De lo que se trata, entonces, es de darle al estudio de los problemas médico-sociales nacionales la atención y el rigor científico que dicho estudio merece, lo cual no redundará en detrimento de una investigación científica de interés universal, sino en favor de la elaboración de un conocimiento que es de necesidad e interés nacional, que contribuye a la creación de una verdadera cultura nacional, y que también, eventualmente, puede ser raíz original de aportes de interés científico general y universal.

6. COMPRENSIÓN DEL SIGNIFICADO SOCIAL DE LA SALUD

Cuando el estudio y conocimiento de la realidad médico-social están excluidos del currículo, se está omitiendo de la temática de los estudios médicos toda consideración de lo que significa, desde el punto de vista médico, la injusticia de nuestras estructuras sociales. Dicha injusticia se expresa tanto a nivel de la atención médica como de la formación médica, por cuanto una educación médica amputada del conocimiento de lo social prepara médicos para atender sólo los sectores privilegiados de la sociedad.

De modo, pues, que es legítimo decir que, cuando los estudiantes de medicina o los profesionales de la salud no adquieran conocimiento directo de la realidad social, su formación se torna completamente artificial y alienada.

A nuestro criterio, para adquirir dicha formación en la dimensión médico-social, no basta con la incorporación académica de un caudal de conocimiento conceptual acerca de tópicos de sociología, economía,

demografía, bioestadística, etc. sino, también y muy especialmente, es imprescindible complementar aquel bagaje con una praxis educativa en la comunidad, la cual proporcionará las oportunidades para adquirir un conocimiento directo de la sociedad y, a la vez, contribuirá a una verdadera integración del estudiante de las diversas profesiones de la salud a los grupos humanos comunitarios.

Es a través de dicha praxis educativa comunitaria que el estudiante queda habilitado para incorporar, sin mutilaciones, la totalidad de los componentes del saber médico, y para comprender, cabalmente, que la salud es un valor social que depende, o es función, de múltiples variables sociales, todas las cuales, a su vez, condicionan la existencia del bienestar social.

Como es sabido, la existencia de niveles decorosos de salud en una comunidad, es dependiente —entre otras— de la existencia efectiva de fuentes de trabajo, salario justo y decoroso, alimentación, vivienda, educación y, no por última menos importante, de la existencia de libertad.

Estas son las variables sociales determinantes de la salud. Vale la pena repasar, asimismo, lo que podría llamarse sus anti-valores respectivos, que están constituidos precisamente por los antípodas de aquellas variables de bienestar social que, desgraciadamente, son mucho más comunes y corrientes en la realidad de nuestros pueblos de América Latina.

Lo contrario de la existencia de fuentes de trabajo es la desocupación; la antítesis del salario justo es la explotación; lo opuesto de la alimentación correcta son el hambre y su consecuencia, la desnutrición; la ausencia de vivienda se expresa en la existencia de los “pueblos de ratas” o “cantegriles” o “villas miseria” o “rancheríos” o “poblaciones callampa” o “bohíos”, etc.; lo contrario de la educación es el analfabetismo, y, por fin, la negación de una sociedad efectivamente liberada son las dictaduras oligárquicas, antinacionales y dependientes.

Del predominio de uno u otro cuadro de valores de las variables sociales enunciadas resulta la vigencia plena de la salud o, en cambio, la prevalencia de su antinomia, la enfermedad.

Los valores de dichas variables son regulados, mucho más que por las acciones médicas, por las universidades o, aun por los sistemas de atención médica, por la política general que orienta la conducción y regula las relaciones sociales en cada uno de nuestros países.

De ahí pues que sea legítimo decir que los hombres han probado ser capaces de organizar sociedades que generan salud pero que, a la vez, existen organizaciones sociales —por desgracia, mayoritarias aun en nuestro continente— que sólo producen miseria y enfermedad, para la enorme mayoría de sus habitantes.

Por lo expuesto, es obligación de las facultades y escuelas de medicina de América Latina educar a sus alumnos en una auténtica *comprensión científica* del significado social y político de la salud.

Quienes así no procedan seguirán efectuando una educación amputada y alienada, que no formará hombres de vocación social, dispuestos a incorporarse como trabajadores especializados a los equipos de salud, sino que producirá sólo técnicos de postura individualista y disposición meramente profesional, o aun, mercantilista.

La comprensión cabal del concepto de salud, tal cual ha sido formu-

lado por los expertos de la OMS, pone en evidencia su profunda connotación política e ideológica. No se trata, por cierto, ni de política partidaria ni de ninguna ideología política en particular. Se trata, en cambio, de una conceptualización muy general y amplia de ideas que, cuando se las sustenta con conciencia plena de su significado, obliga a actuar y educar en consecuencia efectiva con ellas.

Por último, creemos que es legítimo decir que —afortunadamente— en la universidad latinoamericana se perfila, cada vez más vigorosa y nítidamente, la aspiración y la tendencia a *efectuar una verdadera educación*, y no una mera instrucción profesional. Pero una verdadera educación sólo se da mediante el ejercicio de una *docencia liberadora* y la creación de un ambiente educativo auténtico, todo lo cual, de lograrse, promoverá la *formación de hombres* que, además, serán médicos.

7. PAPEL DE LAS UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

Es sabido que la educación médica que se realiza en nuestros países ha estado y está condicionada por las características de la sociedad latinoamericana en que dicha educación asienta.

Pero también es cierto que la Universidad —en América Latina— gracias al buen uso de la autonomía que ha podido y sabido conquistar, al igual que a la concepción de su función social —que proviene de la ideología latinoamericana de universidad con origen en Córdoba— está en condiciones de impulsar y promover cambios educacionales y realizar actividades de contenido social, tendientes a operar significativamente sobre la sociedad en que asienta. Prueba de ello es que, cuando nuestras universidades han cumplido con su deber, han sido hostilizadas, agredidas, intervenidas o clausuradas, para su desgracia y honra.

No se trata de una pérdida del sentido crítico, ni de una sobrevaloración de las posibilidades de incidencia social de la Universidad, sino, simplemente, de la adopción de una postura realista que permita impulsar y estimular a nuestras instituciones educacionales autónomas, al pleno cumplimiento de su papel en una sociedad injusta y sometida.

Nuestra universidad latinoamericana y, en particular, nuestras facultades y escuelas de medicina, se ven en la obligación de impulsar y promover cambios educacionales con vistas a servir, no a la sociedad injusta en que asientan, sino a la sociedad liberada que habrá de sobrevenir.

Nuestras universidades y facultades tienen la obligación de ejercer una función desalienadora, para cambiar la axiología de los propios universitarios, sean ellos estudiantes, profesionales graduados o docentes, para que —cuando los cambios sobrevengan— los universitarios actúen como un agente de impulsión y no como freno.

Nuestras universidades y, específicamente, las facultades y escuelas de medicina, tienen la responsabilidad científica y técnica de efectuar, por medios técnicos, un diagnóstico científico de la sociedad en que asientan, para poner así en evidencia objetiva al régimen y contribuir a su procesamiento.

Procediendo así, nuestras universidades contribuirán a que el sistema social imperante pierda legitimidad, lo cual será evidenciado tanto por

razones éticas, como por incontrovertibles argumentos de base científica.

Nuestras universidades deben actuar así, para contribuir, con realismo y sentido crítico de sus limitaciones, pero también con conciencia plena de sus posibilidades, a impulsar la transformación de nuestras sociedades latinoamericanas, para que ellas generen salud, en lugar de miseria, opresión y enfermedad.

ELECCIÓN DE LA SEDE PARA LA IX CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE A AMÉRICA LATINA

En la Cuarta Sesión Plenaria, una vez discutido y aprobado el Relato General, fue elegida la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana como sede para la IX Conferencia. La delegación cubana manifestó estar autorizada para aceptar el compromiso, en el caso de que fuera propuesta. Asimismo expresó la satisfacción que sentía por las manifestaciones de simpatía recibidas durante toda la Conferencia, dirigidas al pueblo cubano. Agregó que ese mismo pueblo tendría sumo placer en acoger a los dignos representantes de la educación y la salud de América Latina, para continuar el debate hacia la consecución de mejores y mayores logros para todos nuestros pueblos.

Como sede alterna fue designada por la Asamblea la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

La proposición de Cuba fue hecha por las delegaciones de Cuenca (Ecuador), Honduras y Perú y aceptada por unanimidad. El delegado de Santo Domingo solicitó la sede directamente, pero se sumó a la proposición de que fuera Cuba el país designado.

CEREMONIA DE CLAUSURA

En seguida de la Cuarta Sesión Plenaria, se celebró la Ceremonia de Clausura.

A nombre de los delegados el doctor Juan Almendares, de la Universidad Autónoma de Honduras, expresó su satisfacción por los resultados obtenidos por la VIII Conferencia; elogió su organización y enfatizó que fue una de las reuniones latinoamericanas de mayor importancia realizadas hasta entonces. Manifestó el reconocimiento de los delegados de las Facultades y Escuelas de Medicina ahí reunidos por la hospitalidad que les fue brindada durante su permanencia en el Ecuador. Concluyó expresando que llenaron plenamente las aspiraciones de los delegados, las deliberaciones y conclusiones.

Terminó la ceremonia con un conceptuoso discurso del doctor Eduardo Yépez Villalba, Presidente de la Conferencia, quien hizo un balance de los logros obtenidos, subrayando el clima de ponderación que reinó, abierto a la discusión y al diálogo, en que se dejó sentir la voz estudiantil. Agradeció la presencia de los delegados, de los ponentes y comentaristas, y de especialistas de organismos internacionales. Del Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud, el Municipio de Quito, las Universidades ecuatorianas, la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador y los Laboratorios LIFE, sus aportaciones, que contribuyeron al éxito del evento.

**REGLAMENTO PARA LAS CONFERENCIAS DE ESCUELAS Y
FACULTADES DE MEDICINA DE LAS UNIVERSIDADES
AFILIADAS A LA UDUAL**

REGLAMENTO PARA LAS CONFERENCIAS DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DE LAS UNIVERSIDADES AFILIADAS A LA UDUAL *

El presente Reglamento ha sido formulado en vista a lo dispuesto por los Artículos 20º, 34º y 35º, de los Estatutos de la Unión de Universidades de América Latina, aprobados por la V Asamblea General celebrada en Lima, Perú, en octubre de 1967. Dichos Artículos se refieren a los fines de la Unión y a los Organismos de Cooperación y Estudios creados dentro de la misma.

I. DE LA FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Artículo 1º Las Conferencias de Escuelas de Medicina y establecimientos equivalentes de Latinoamérica, convocados por la Unión de Universidades de América Latina, se efectuarán cada dos años en el lugar y sede que sea acordado en la última sesión plenaria de la Conferencia precedente. Se desarrollarán bajo los auspicios de una institución afiliada a la UDUAL.

En el caso de que por razones de fuerza mayor una Conferencia no pudiera desarrollarse en el tiempo y lugar elegidos, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL acordará la fecha de celebración y la nueva sede, según el Artículo trigésimo cuarto de sus propios Estatutos y después de agotar lo pautado en el Artículo dieciocho de este Reglamento con respecto a la sede suplente.

II. DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Artículo 2º Las Conferencias serán organizadas inicialmente por la Secretaría General de la UDUAL, en consulta con el Presidente y el Relator General de la Conferencia anterior y, al ser determinada la sede, con la participación del Presidente y el Secretario General o quien haga

* Aprobado por la VII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina celebrada en Maracaibo, Venezuela, del 21 al 25 de noviembre de 1971. De acuerdo a este Reglamento trabajó la VIII Conferencia.

sus veces en la Comisión Organizadora del nuevo evento.

Esta misma Comisión se encargará de velar por la mejor ejecución de los Acuerdos, Conclusiones y Recomendaciones de la Conferencia anterior.

El Temario, fechas, normas y demás previsiones de organización, serán determinados por este grupo: Se tomarán en cuenta los antecedentes y Temarios de las Reuniones y Conferencias anteriores.

Los trabajos presentados por los delegados deberán limitarse al Temario previamente fijado y se sujetarán 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 algún miembro de la Conferencia desee informar a los asistentes acerca de otros asuntos, deberá entregar a la Secretaría de la Conferencia un número suficiente de ejemplares de su exposición escrita, para distribuirse, si lo aprueba la Mesa Directiva. No se dará lectura en las sesiones a ponencias o trabajos que no se refieran al Temario fijado o se excedan de la extensión límite señalada.

III. DE LOS PARTICIPANTES OFICIALES

- Artículo 3º: Las Conferencias estarán formadas por cuatro clases de Miembros: *a)* delegados, *b)* ponentes y comentadores oficiales, *c)* observadores y *d)* invitados especiales.
- Artículo 4º: Serán delegados los funcionarios universitarios, profesores u otros miembros de los Organismos que formen parte de las Escuelas de Medicina de la América Latina afiliadas a la UDUAL y que sean debidamente acreditados como representantes de ellas. Cada Facultad o Escuela Médica podrá hacerse representar hasta por cinco (5) delegados. Uno de los miembros de cada delegación tendrá el carácter de Presidente, de acuerdo con una comunicación oficial presentada a la Secretaría General o a la Comisión de Credenciales —según el caso— del Comité Organizador. La Escuela o Facultad sede podrá hacerse representar hasta por diez (10) delegados.
- Artículo 5º: Serán ponentes y comentadores aquellas personalidades que sean invitadas oficialmente para desarrollar el Temario y situar las bases de las discusiones y acuerdos de la Conferencia.
- Artículo 6º: Los observadores serán: representantes de Escuelas de Medicina no afiliadas a la UDUAL y de organizaciones nacionales e internacionales que hayan sido invitadas por el Secretariado de la UDUAL de acuerdo con el Comité Organizador o viceversa.
- Artículo 7º: Se consideran invitados especiales los miembros del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, los miembros del Co-

mité Organizador, el Presidente y el Relator General de la Conferencia 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 el Comité Organizador de la Conferencia, o viceversa.

IV. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

Artículo 8º: Los delegados de las Escuelas y Facultades de Medicina, miembros de la UDUAL, acreditados oficialmente, tendrán derecho a voz y voto. Los ponentes y comentaristas 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.

V. DE LA MESA DIRECTIVA

Artículo 9º: La Mesa Directiva de la Conferencia estará constituida por un Presidente, dos Vice-Presidentes, un Secretario General y un Relator General.

Artículo 10º: El Presidente, el Secretario General y el Relator General serán elegidos en la sesión preparatoria por los delegados debidamente acreditados. Actuarán como Vice-Presidentes los Jefes de las delegaciones acreditadas, los que se turnarán en sus funciones en las sesiones plenarias de acuerdo a un orden establecido por sorteo en esta misma preparatoria. Se podrá completar la Mesa Directiva con Secretarios Adjuntos, en caso de juzgarse necesario.

VI. DEL DESARROLLO DE LA CONFERENCIA

Artículo 11º: La Conferencia será atendida por una sesión preparatoria presidida por un representante del Consejo Ejecutivo de la UDUAL. Formarán parte de la Mesa: 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 los miembros del Comité Ejecutivo de la UDUAL presentes, o sus representantes y por dos miembros que designe la Comisión Organizadora. Una vez aprobado dicho informe se procederá a la elección de la Mesa Directiva y a su forma de posesión.

Artículo 12º: En esa misma sesión serán aprobados el calendario, la agenda y el número de Comisiones de Trabajo acerca de los Temas de la Conferencia. Se elegirán los miembros de las Comisiones de Reglamentos, de Redacción y Estilo y los otros que se acuerde designar. En esta sesión, será presentado el informe de la Comisión Organizadora por boca de su Presidente.

- Artículo 13º Una vez determinado el número de Comisiones de Trabajo, se abrirá un registro para que los delegados acreditados, observadores e invitados especiales, anoten su preferencia de participación.
- Artículo 14º Las Comisiones serán instaladas por los miembros de la Mesa Directiva y los asistentes a ella designarán un Presidente, un Relator y un Secretario.
- Artículo 15º Los Secretarios de la Asamblea y de las Comisiones serán los encargados de levantar las actas de las sesiones respectivas.
- Artículo 16º Cada relator de las Comisiones elaborará un documento que consigne los Acuerdos y un resumen de las deliberaciones, los que serán aprobados en la última sesión de cada una de las Comisiones de Trabajo. Estos documentos serán entregados de inmediato al Relator General de la Conferencia, y una copia al representante de la UDUAL.
- Artículo 17º El Relator General presentará, en la última sesión plenaria, su informe general, que será leído para ser considerado y aprobado en su caso. El documento final será entregado a la Secretaría General de la UDUAL.
- Artículo 18º En la última plenaria será elegida la sede principal para la siguiente Conferencia.
PARAGRAFO ÚNICO. 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 Conferencia; en caso contrario, la UDUAL oficiará a la sede suplente, quien en un plazo de tres meses notificará si acepta o no. De ser negativa la respuesta, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL, procederá de acuerdo a lo pautado en el Artículo 1º, del presente Reglamento.
- Artículo 19º Al final de cada Conferencia se publicará, a expensas de la Institución que haya sido la sede, una Memoria que reúna los trabajos, comentarios y resoluciones de la misma. Esta Memoria se publicará bajo la dirección técnica del Secretariado de la UDUAL.

APÉNDICES

APÉNDICE I

Comentario al Tema I — *Dr. Juan Almeyda*

EL MÉDICO QUE AMÉRICA LATINA NECESITA

Al hacer algunas consideraciones sobre el médico que América Latina necesita es necesario considerar: premisas del análisis, objeto de la enseñanza teórica y práctica, concepto de salud/enfermedad.

Premisa fundamental: Análisis de la sociedad latinoamericana dentro de una formación social dominante capitalista, considerando la educación como uno de los aparatos ideológicos del Estado. Esto quiere decir que la enseñanza universitaria (Escuelas de Medicina) se encuentra articulada al sistema de escolarización de la sociedad latinoamericana (Educación Institucionalizada) y determinada en última instancia por lo económico.

Segunda premisa: Las relaciones que se establecen en el proceso de la enseñanza: el producto del sistema escolar produce y reproduce las relaciones de dominación/dependencia que se dan en nuestra sociedad.

En base a las dos premisas anteriores plantéase lo siguiente:

Los estudiantes y profesores, en su mayoría son "objetos ideológicos", conscientes o inconscientes de los aparatos ideológicos del Estado, manifestándose las relaciones de dominación/dependencia en la forma, modo y práctica del proceso de la enseñanza.

Este planteamiento se refiere a que la relación dominación dependencia no es del profesor sobre el estudiante, sino que ambos, profesores y estudiantes, lo son a través de la ideología del sistema de escolarización. Por lo cual, la transformación del uno es la transformación del otro y para poder liberar al estudiante es necesario la liberación del profesor y viceversa, siendo indispensable para la liberación de uno y otro, la liberación de las relaciones de dominación y dependencia que se dan en la sociedad latinoamericana.

En consecuencia con el planteamiento anterior, las universidades latinoamericanas forman y conforman el profesional (médico), que el sistema dominante de nuestra sociedad necesita.

Objeto de la enseñanza: generalmente se parte del supuesto de que el estudiante es el objeto de la enseñanza. Para algunos, el estudiante debe ser objeto y sujeto de su propia formación, y algunos científicos sociales plantean que el objeto de la enseñanza debe ser el estudio de

la realidad; pero ¿qué implica este concepto? Bueno, tratase de hacer una conceptualización aproximada, diciendo que la realidad es una complejidad dialéctica de las relaciones de los hombres y la naturaleza, y de éstos entre sí.

Y se presentaron algunas alternativas al estudiar la realidad.

- a) Supuestos.
- b) Nexos.
- c) Descripción.
- d) Interpretación.
- e) Conocimiento.
- f) Teorización.
- g) Intelectualización.
- h) Transformación.
- i) Integración.
- j) Desintegración.
- k) Vivencia.
- l) Totalidad.
- m) Irrealidad de la realidad.
- n) Realidad de la realidad.

No obstante la complejidad de la realidad, estimo que a nivel del proceso de la enseñanza lo que debe hacerse es acercar la totalidad dialéctica de la realidad a la parte (profesor-estudiante) y el estudiante se por lo que es preferible acercar la realidad al método científico y al investigador, que hacer lo contrario.

Como consecuencia de lo anterior, al transformarse la realidad a través de su proceso intrínseco, es como el profesor y el estudiante se transformaron; así que no es el profesor el que educa al estudiante, sino la realidad es la que educa a ambos.

TEORÍA Y PRÁCTICA

El problema central que se nos presenta es cómo acercar la realidad a la educación y hacer de la educación una realidad. Particularmente considero que es necesario transformar el proceso de la enseñanza a través de la vinculación de la teoría y práctica de la realidad con la teoría y práctica de:

1. Práctica de la enseñanza.
2. Práctica de aplicación del conocimiento que se dan durante:
 - a) Proceso de la enseñanza.
 - b) Mercado profesional de trabajo.

Salud/enfermedad: Actualmente el marco de referencia del concepto de salud/enfermedad se sustenta en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ya sean éstos considerados separadamente o tomados en su conjunto. A nuestro entender es importante no solamente lo multilateral sino lo dominante y determinante en el concepto. Es así como en

el concepto salud/enfermedad el aspecto hegemónico sigue siendo lo "biológico".

Concibiéndose los individuos como entes biológicos que constituyen orgánicamente una sociedad biológica, siendo la fundamentación de la explicación de los hechos y procesos de la salud/enfermedad los riesgos ideológicos del funcionalismo.

En base a lo anterior puede explicarse como en un determinado momento histórico la consolidación de la enfermedad en su forma individual puede ser orgánica, psicológica, social o en general desarticulada de las distintas instancias políticas, jurídicas, ideológicas y económicas, tomando las causas dentro de un marco de referencia del organismo, sicologismo, o sociologismo, variedades de expresión del funcionalismo.

Una de las tendencias actuales en el campo de salud/enfermedad es el "integracionismo" que conceptualiza la salud dentro de una totalidad biosicosocial integrada armónicamente en los individuos; pero que desintegra éstos de la totalidad social en que viven y se relacionan como grupo o clase social. De esta manera, la salud es primariamente individual y secundariamente social, desarrollándose conceptos sobre patologías individuales y no sociales; la salud y la enfermedad se normatizan, estableciéndose indicadores universales que no se aplican en una realidad concreta. Basta citar un ejemplo: lo que para la "colonia" es salud para la "metrópoli" es enfermedad.

APÉNDICE II

Comentario al Tema I — *Dr. Pablo Carlevaro*

REALIDAD SOCIOECONÓMICA Y SITUACIÓN DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Nuestras facultades y escuelas de medicina de América Latina preparan profesionales de la salud, pero dicha formación se torna completamente artificial y alienada cuando los estudiantes no adquieren conocimiento directo de la realidad social.

Ello se logra no sólo con la incorporación de un caudal de conocimiento conceptual acerca de tópicos de sociología, economía, demografía, bioestadística, etc. sino, también y muy especialmente, del complemento de aquel bagaje con una praxis educativa en la comunidad, la cual proporcionará las oportunidades para adquirir un conocimiento directo de la sociedad y, a la vez, contribuirá a una verdadera integración del estudiante de las diversas profesiones de la salud a los grupos humanos comunitarios.

Es a través de dicha praxis educativa comunitaria que el estudiante queda habilitado para incorporar, sin mutilaciones, la totalidad de los componentes del saber médico, y para comprender, cabalmente, que la salud es un valor social que depende, o es función, de múltiples variables sociales, todas las cuales, a su vez, condicionan la existencia del bienestar social.

En efecto, la existencia de salud es dependiente —entre otras— de la existencia efectiva de fuentes de trabajo, salario justo y decoroso, alimentación, vivienda, educación y, no por última menos importante, libertad.

Estas son las variables sociales determinantes de la salud, pero vale la pena enunciar, asimismo, lo que podría llamarse anti-valores de la salud, constituidos precisamente por los antípodas de aquellas variables de bienestar social y, desgraciadamente, mucho más familiares y vigentes en nuestros pueblos.

Lo contrario de la existencia de fuentes de trabajo es la desocupación; la antítesis del salario justo es la explotación; lo opuesto de la alimentación correcta es el hambre y la desnutrición; la ausencia de vivienda se expresa en los “pueblos de ratas” o “cantegriles” o “rancheños” o “poblaciones callampa” o “bohíos”, etc.; lo contrario de la edu-

cación es el analfabetismo, y las antítesis de una sociedad efectivamente liberada son las dictaduras oligárquicas, antinacionales y dependientes.

Del predominio de uno u otro cuadro de valores de las variables enunciadas resulta la vigencia plena de la salud o, en cambio, la prevalencia de su antinomia, la enfermedad.

Los valores de dichas variables son regulados, mucho más que por las acciones médicas, por las universidades o, aun por los sistemas de atención médica, por la política general que orienta la conducción y regula las relaciones sociales en cada uno de nuestros países.

De ahí pues que sea legítimo decir que los hombres han probado ser capaces de organizar sociedades que generan salud pero que, a la vez, existen organizaciones sociales —por desgracia, mayoritarias, aun en nuestro continente— que sólo producen miseria y enfermedad para la enorme mayoría de sus habitantes.

Por lo expuesto, es obligación de las facultades y escuelas de medicina de América Latina educar a sus alumnos en una auténtica *comprensión científica* del significado social y político de la salud.

Quienes así no procedan seguirán efectuando una educación amputada y alienada, que no formará hombres de vocación social, dispuestos a incorporarse como trabajadores especializados a los equipos de salud, sino que producirá sólo técnicos de postura individualista y disposición meramente profesional o, aún, mercantilista.

La comprensión cabal del concepto de salud, tal cual ha sido formulado por los expertos de la OMS, pone en evidencia su profunda connotación política e ideológica. No se trata, por cierto, ni de política partidaria ni de ninguna ideología en particular. Se trata, en cambio, de una conceptualización muy general y amplia de ideas que, cuando se las sustenta con autenticidad, obliga a actuar y educar en consecuencia efectiva con ellas.

APÉNDICE III

Comentario al Tema II

Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior de México — Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México.

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO

*Programa nacional de formación de profesores
Maestría de Ciencias en la especialidad de enseñanza de Ciencias Básicas Biomédicas*

—MEXICO—

Considerando la grave escasez de personal docente de tiempo completo y bien calificado que existe en las escuelas de medicina del país y considerando que dicha escasez es particularmente crítica en el ciclo básico, dadas las demandas de alta especialización de las materias que componen su curriculum, el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México, propuso a la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, la creación de un programa específico, dentro de su Programa Nacional de Formación de Profesores, destinado a formar profesores-investigadores de Ciencias Básicas Biomédicas. Dicha idea fue aceptada en principio por la Asociación y finalmente, en el mes de octubre de 1972, se aprobó la realización del programa llamado *Maestría en Ciencias en la especialidad de enseñanza de Ciencias Básicas Biomédicas*, con sede en el Instituto de Ciencias de la Salud en Toluca, Estado de México.

El programa persigue como objetivo general el capacitar profesores con una sólida formación en la metodología y espíritu de las Ciencias Experimentales, pero cuya orientación está dirigida fundamentalmente hacia el campo de la educación; es decir, se pretende, específicamente, entregar personal que al egresar sea capaz de realizar entre otros los siguientes objetivos de conducta:

1. Motivar en los estudiantes una actitud tal que los conduzca a:

- a) Aplicar el método científico.
- b) Manifestar un espíritu positivamente crítico, y
- c) Apreciar y admirar toda manifestación de vida, en cualquier actividad que realicen en la sociedad.

2. Promover en sus estudiantes el conocimiento de la necesidad de desarrollo económico y social del país y su participación, como profesionales especializados en las disciplinas biomédicas, para acelerar la solución que esta problemática plantea.

3. Realizar investigación pedagógica.

Consecuentemente, en el mes de febrero de 1973 se inauguraron los cursos de Maestría, habiéndose logrado conjuntar un grupo heterogéneo de estudiantes compuesto por: 13 médicos cirujanos, 4 químicos farmacobiólogos, 3 veterinarios zootecnistas, 2 maestros en biología, un ingeniero bioquímico, un odontólogo y un ingeniero químico, procedentes de diferentes universidades de la república, todos ellos en calidad de estudiantes de tiempo completo, gracias al otorgamiento de becas por parte de la Asociación Nacional de Universidades y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Después de un semestre introductorio, tanto a las Ciencias Biológicas Modernas como a las disciplinas fundamentales, tales como: Matemáticas, Química, Física y Didáctica, se inició el segundo semestre de actividades que tiene como elemento central el curso de "Ciencias de la Vida". Este curso, primero en su género en el país, se realiza directamente en el campo y comprende el estudio de una comunidad rural representativa de las condiciones generales del agro mexicano, es decir, se buscó una comunidad (Laguna Seca, Estado de México) en la que se manifestaran los problemas técnicos, económicos y sociales típicos de grandes áreas rurales, las cuales repercuten en el estado de salud de la población de dichas áreas.

Los problemas mencionados fueron atacados de acuerdo al método científico. La recabación de los datos se ha iniciado mediante encuestas cuya finalidad fue lograr información suficiente sobre el estado de salud general de los habitantes de la región, calidad de las dietas alimenticias, salubridad imperante en las viviendas de los campesinos, técnicas agrícolas usadas y fuentes de trabajo; además se tomaron muestras de suelos, plantas, minerales y alimentos en general. Cabe hacer notar que el campesino, por su consabida pobreza, se halla imposibilitado para acudir al consultorio de un médico, para solicitar el servicio de agrónomos y veterinarios que le ayuden a resolver sus problemas agropecuarios; por lo que se pensó que eran los profesionistas los que deberían acudir en ayuda del hombre del campo; es decir, si la montaña no podía venir a nosotros, deberíamos ir a ella.

Se pensó en hacer intervenir a las matemáticas en este estudio para poder realizar la labor de síntesis de los datos numéricos recabados. Esta labor incluye el cálculo de dietas completas a mínimo costo mediante la programación lineal; el modelo usado puede ejemplarizarse en el cuadro siguiente:

<i>Elementos</i>	<i>Alimentos</i>	<i>Frijol</i>	<i>Maíz</i>	<i>Trigo</i>	<i>Carnes</i>		<i>Necesidades mínimas</i>
					<i>Aves</i>	<i>Cerdo</i>	
<hr/>							
Calorías							
<hr/>							
Vitaminas							
<hr/>							
Carbohidratos							
<hr/>							
COSTO							
<hr/>							

Se incluyen en este modelo alimentos de la zona y otros de posible introducción a la misma. Todos ellos son sometidos, en una fase posterior, a un análisis bromatológico, cuyo resultado se emplea en el análisis matemático del problema, en vez de los datos contenidos en los numerosos tablas de sustancias alimenticias elaboradas en otros países, en los cuales la composición alimenticia de los constituyentes de la dieta es, desde luego, diferente a la que presentan estos mismos alimentos en la zona de estudio. El vaivén de los precios de estos alimentos puede ser muy rápido sin que constituya un obstáculo para alcanzar la solución del problema, pues el empleo de máquinas electrónicas permite jugar, por así decirlo, con las numerosas alternativas que resultan de la variación de los precios.

El análisis matemático de los datos físicos, químicos y biológicos de los suelos permitirá saber, con ayuda del análisis económico, las mejores dosis de fertilizantes que permitan rendimientos de campo superiores a los logrados a la fecha con los diferentes productos agrícolas. Otro modelo matemático será el que ayude a determinar la mejor distribución de los cultivos en el área. El modelo es como sigue:

Factores limi- tantes	Maiz		Cultivos Caña		Chile		Frutales Higo Pera		Esp. For. Abeto		Pastos Trudán		Disp. Total
	r	t	r	t	r	t	r	t	r	t	r	t	
Horas	P												
	V												
Hombre	O												
	I												
Horas	P												
	V												
Maq.	O												
	I												
Horas	P												
	V												
Animal	O												
	I												
Fertili- zantes	N												
	Ph												
	K												
Agua													
Herbic.													
Pestic.													
Semilla													
Ganancia													

P — Primavera
V — Verano
O — Otoño
I — Invierno

r — Riego
t — Temporal

N — Nitrógeno
Ph — Fósforo
K — Potasio

Este modelo utiliza los datos de uso potencial del suelo, deducidos del estudio agrológico.

Se experimentará con semillas de diferentes variedades, logradas genéticamente, de los cultivos seleccionados con el modelo agrícola, para resolver algunos problemas como:

Problema	Diseño Est.	Problema	Diseño Est.
MEJOR VARIETAD	Bloques al azar	Fertilizantes riego	Mitscherlich rotatorio
	Cuadro Latino	Densidad de	Parcelas
	C. Latino Mod.	Siembra	Divididas
	Latices		

Se emplearán fajas paralelas para experimentar con pesticidas y herbicidas, ya que representan un problema ecológico de gran trascendencia.

Se manejan todas las variables humanas cuyos valores se recaban en un número suficiente de individuos mediante el método de los abanicos Rahner Frisch para descubrir las relevantes que explican las variaciones de las demás, y ayudar así al logro de mejores diagnósticos.

El análisis químico de las hierbas medicinales usadas por los habitantes de la zona en estudio y de plantas que crecen en forma silvestre permitirá encontrar los principios farmacológicos y mediante su extracción y ensayo biológico correspondiente, evitar en lo posible el consumo de los medicamentos de patente procedentes del extranjero que contienen, a muy alto costo, dichos principios.

Finalmente, se lleva a cabo dentro del curso, un estudio fisiológico cuya función primordial será la determinación de la capacidad de adaptación general de los habitantes de la región, mediante la realización de pruebas sobre la implicación de las enfermedades que afectan el estado general o las incapacitantes —alimentación, medio ambiente, etc.— sobre su capacidad de trabajo y rendimiento físico y mental. Se determinarán los requerimientos calóricos por actividades y las constantes vitales propias de estos campesinos.

Debido a la extraordinaria importancia que se concede, en el curso de la Maestría, a la adquisición, por parte de los candidatos, de capacidad directiva, de espíritu crítico, de adaptabilidad social y de amor a la vida, los programas están diseñados de modo de ofrecer continuamente a los alumnos: apoyo académico, estímulo para el desarrollo de la personalidad, información acerca de las fuentes de conocimiento y evaluación de los logros adquiridos, además de una amplia oportunidad de estar en contacto con los fenómenos biológicos, tanto en la naturaleza como en el laboratorio. Para lograr esto los cursos se realizan utilizando los métodos y procedimientos didácticos más avanzados, tales como el uso de tecnología educativa, el uso continuo de seminarios, simposio, corrillos, coloquios, paneles, mesas redondas, debates etc. y tratando, en todos los casos, de impulsar al candidato a desarrollar al máximo su ingenio y creatividad.

Por otro lado, de los cinco semestres propuestos para acreditar la Maestría, sólo el primero es de carácter únicamente teórico; los otros cuatro incluyen el aspecto práctico, tanto en lo que atañe a las experiencias de laboratorio y de campo, como pedagógicas, es decir, los estudiantes colaboran, como asistentes, en los cursos apropiados en diferentes universidades de la república.

Los egresados que lo deseen podrán, preferentemente sin retirarse de su labor docente, inscribirse como candidatos al doctorado, ya sea en investigaciones educativas o en cualquiera de las ciencias básicas experimentales que se ofrezcan en cualquier institución del país, o en caso necesario, del extranjero, siempre y cuando se conserve su compromiso con su universidad de origen.

APÉNDICE IV

PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN

Presentados por los decanos de las Facultades de Ciencias Médicas de las Universidades de Guayaquil, Central, de Cuenca y de Loja (Ecuador)

El siguiente documento de las Facultades Ecuatorianas de Medicina, fue presentado para su estudio y consideración, a las comisiones de la VIII Conferencia, recibiendo su aceptación y la resolución de que pasara al estudio del Plenario.

Los decanos de las Facultades de Ciencias Médicas del Ecuador acreditados ante la VIII Conferencia de Escuelas de Medicina de la Unión de Universidades de América Latina, reunida en la ciudad de Quito del 25 al 29 de noviembre de 1973, atendiendo a la invitación formulada por la Secretaría Ejecutiva de la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador, y, considerando que:

1º Los vínculos históricos comunes que caracterizan a países latinos inscritos en una matriz geosocial que los identifica, han abierto una perspectiva de múltiples potencialidades y han posibilitado el inicio de acciones recíprocas, sustentadas en el común afán de afirmar su personalidad histórica;

2º Que las características económicas, sociales y de salud del área, revelan similares situaciones que deben ser enfrentadas con concepciones unitarias, que posibiliten al mismo tiempo el desarrollo de esquemas apropiados a cada realidad particular;

3º Que las múltiples actividades que vienen realizándose con el objeto de enfocar diversos aspectos relacionados con la formación del personal de salud, especialmente en el nivel superior, expresan la necesidad de mancomunar esfuerzos, aprovechar solidariamente los recursos e impulsar una acción común que identifique el anhelo integrador;

4º Que se precisa una acción cultural, científica y tecnológica volcada al interior de los países del área, que sienta sólidas bases para la creación, aprovechamiento y asimilación selectiva de los bienes de la cultura

y sobre las cuales emerjan nuevas concepciones de salud y educación insertas en el contexto social de los pueblos andinos.

Declaramos:

Debe ser propósito primordial de las Escuelas de Medicina de la región, la creación y consolidación de mecanismos que aglutinen las actitudes integradoras en el plano de las acciones de educación y salud y que aliente la creatividad para el desarrollo de nuevos modelos formativos de raigambre latinoamericana.

Consecuentemente, acordamos:

I. Impulsar el desarrollo de programas cuyos objetivos fundamentales serían los siguientes:

- a) Realización de investigaciones relacionadas con la formación de recursos humanos para la salud en la región;
- b) adiestramiento del personal responsable de la formación de recursos humanos mediante actividades que tengan sus raíces en las investigaciones y en la solución de problemas concretos de la región; y,
- c) organización de unidades de producción de materiales e instrumentos destinados a los estudiantes de ciencias de la salud de la región.

II. Solicitar a los gobiernos, a las universidades y a los organismos regionales e internacionales vinculados a la salud y educación, su cooperación para el logro de los objetivos enunciados; y,

III. Encargar a la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador la cristalización del propósito establecido en nuestra declaración.

Dr. Isidoro Martínez,
Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil.

Dr. Rubén Solís,
Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Cuenca.

Dr. Enrique Garcés,
Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central.

Dr. Víctor M. Gutiérrez,
Decano
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Loja.

Esta obra se terminó de imprimir el
día 28 de febrero de 1975, en los talleres de Gráfica Panamericana, S. de R. L., Parroquia 911, México 12, D. F. La tirada fue de 1,000 ejemplares.

UDUAL
R750
.C66
1973
Ej. 2

13366
Conferencia de
Facultades y Escuelas
de Medicina de
América Latina.
El médico que América
Latina necesita / :

