

**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA**

# **LA RELACION ENTRE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA Y EL ESTADO**

**XI Conferencia de Facultades y Escuelas de  
Medicina de America Latina**

**30 de Septiembre - 5 de Octubre de 1979**

**Escuela de Medicina**

**Universidad Autónoma de Puebla**

**U. D. U. A. L.**

**Secretaría General**

**México, 1981**





**CENTRO DE INFORMACION Y  
DOCUMENTACION UNIVERSITARIAS**

**XI CONFERENCIAS DE FACULTADES Y ESCUELAS  
DE MEDICINA DE AMERICA LATINA**

42

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY  
ANN ARBOR, MICHIGAN

UNIVERSITY MICROFILMS  
SERIALS ACQUISITION



UMI



CENTRO DE INFORMACION Y  
DOCUMENTACION UNIVERSITARIAS

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA  
LATINA

LA RELACION ENTRE LAS FACULTADES Y  
ESCUELAS DE MEDICINA Y EL ESTADO

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y  
ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA  
LATINA

30 septiembre - 5 octubre, 1979

Escuela de Medicina  
Universidad Autónoma de Puebla

U.D.U.A.L.

Secretaría General

México, 1981

UDUAL  
R750  
C66 65

CLASF. 1979

ADQ. 520

PROC. UDUAL

FECHA 21-10-82

PRECIO Donación

Código de barras

CIDU 18030038

Nº de Inventario

20180300520



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

SECRETARIA D'INFORMACIÓ

LIBRERIA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
SECRETARIA D'INFORMACIÓ  
LIBRERIA

LIBRERIA

LIBRERIA

LIBRERIA

LIBRERIA

LIBRERIA

LIBRERIA



## CONSEJO EJECUTIVO

### PRESIDENTE:

Dr. Guillermo Soberón Acevedo,  
Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.  
MEXICO.

### PRIMER VICE-PRESIDENTE:

Dr. Avelino José Porto,  
Rector de la Universidad de Belgrano,  
ARGENTINA.

### SEGUNDO VICE-PRESIDENTE:

Dr. Camilo Mena Mena,  
Rector de la Universidad Central del Ecuador,  
ECUADOR.

### TERCER VICE-PRESIDENTE:

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

### PRIMER VOCAL:

Dr. Fernando Hinestrosa,  
Rector de la Universidad Externado de Colombia,  
COLOMBIA.

**SEGUNDO VOCAL:**

Dr. Pablo Bolaños,  
Rector de la Universidad de Carabobo,  
VENEZUELA.

**TERCER VOCAL:**

Dr. Claudio Gutiérrez,  
Rector de la Universidad de Costa Rica,  
COSTA RICA.

**CUARTO VOCAL:**

Dr. Joao Augusto A. Mac Dowell,  
Rector de la Pontificia Universidad Católica  
de Río de Janeiro,  
BRASIL

**SECRETARIO GENERAL INTERINO.**

Dr. Pedro Rojas.

**VOCAL SUPLENTE:**

**PRIMERO:**

Dr. Gastón Pons Muzzo,  
Rector de la Universidad Nacional Mayor  
de San Marcos de Lima,  
PERU.



## TEMAS Y PONENTES OFICIALES.

### TEMA I:

#### INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

##### Ponentes:

Dr. José Cevallos Arrieta  
Rector de la Universidad de Oriente.  
Santiago, Cuba.

Dr. Rodrigo Gutiérrez Saenz,  
Decano de la Facultad de Medicina,  
Universidad de Costa Rica.

Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Puebla,  
México.

### TEMA II:

#### LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA.

##### Ponentes:

Dr. Octavio Rivero S., Director de la Facultad de Medicina  
de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dr. Carlos A. Morós Gherzi, Ex-Decano de la Facultad  
de Ciencias Médicas, Universidad Central de Venezuela.

Dr. Jorge Campos Rey de Castro. Docente del Departamento de Anatomía e Histología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

### TEMA III:

#### LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

##### Ponentes:

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

Dr. Edgardo Enriquez, Ex-Rector de la Universidad de Concepción, Representantes de los Académicos chilenos en el exilio, Chile.

Dr. Carlos Tunnermann B., Ex-Presidente de la U.D.U.A.L., Nicaragua.

##### MESA REDONDA:

#### POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA

##### Ponentes:

Dr. Raúl Garbugino, Decano de la Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Joao Amilcar, Facultad de Medicina, Universidad Federal Minas Gerais, Brasil,

Dr. José Consuegra, Rector de la Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.

Dr. Rolando Castillo Montalvo, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Dr. Dagoberto Espinoza, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Honduras.

## CALENDARIO A QUE SE SUJETO LA CONFERENCIA:

Domingo 30 de septiembre

9:00 a 13:00 hs.

Inscripción de delegados.

17:00 a 19:00 hs.

Sesión Preliminar.

20:00 hs.

CEREMONIA INAUGURAL

Lunes 1o. de octubre

9:00 a 12:00 hs.

Primera Sesión Plenaria. Presentación de la ponencia oficial sobre el Tema I: INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL.

a) Relación entre Facultades y Escuelas de Medicina e Instituciones de Salud.

b) Política de Salud.

Discusión en lo general.

16:00 a 19:00 hs.

Segunda Sesión Plenaria. Presentación de la ponencia oficial sobre el Tema II: LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA.

a) La medicina general como práctica fundamental en la atención de salud.

b) La formación de técnicos para la salud.

c) Alternativas en la enseñanza de la medicina.

Discusión en lo General.

Mar'es 2 de octubre

9:00 a 12:00 hs.

Tercera Sesión Plenaria. Presentación de la ponencia oficial sobre el Tema III: LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Discusión en lo General.

16:00 a 20:00 hs.

Trabajo simultáneo de Comisiones sobre los Temas I, II y III.

Miércoles 3 de octubre

9:00 a 13:00 hs.

Trabajo simultáneo de Comisiones sobre los Temas I, II y III.

Jueves 4 de octubre

9:00 a 12:00 hs.

Mesa Redonda: POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA.

- a) Políticas de Población y Escuelas de Medicina.
- b) Políticas de Población y Agencias Internacionales
- c) Políticas de Población y el Estado.
- d) Incidencias de las Políticas de Población en América Latina.

16:00 a 19:00 hs.

Continuación de la Mesa Redonda.

Viernes 5 de octubre

9:00 a 12:00 hs. Cuarta Sesión Plenaria. Presentación del Relato General. Acuerdos y conclusiones.

14:00 hs.

CEREMONIA DE CLAUSURA.



## INDICE

CEREMONIA INAUGURAL .....	13
TEMA I .....	59
INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL	
TEMA II .....	79
LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA.	
TEMA III .....	95
LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA.	
MESA REDONDA	
Incidencias de las políticas de población en America Latina ..	111
Inciso a) Políticas de población y escuelas de Medicina .....	123
Inciso c) Políticas de población y el Estado .....	137
Políticas de población de América Latina .....	289
APENDICE .....	299
CEREMONIA DE CLAUSURA .....	327



## CEREMONIA INAUGURAL

En la ciudad de Puebla, México, a los cinco días del mes de octubre de mil novecientos setenta y nueve, se reunieron los suscritos miembros de la Comisión Dictaminadora de Credenciales de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Después de examinar los diferentes documentos presentados como credenciales para justificar la representación de las distintas instituciones, rinden el siguiente dictamen.

Quedan registradas a la Conferencia, hasta las 18.00 horas del día primero de octubre, las siguientes personas:

### DELEGADOS OFICIALES:

#### ARGENTINA

Raúl Mauricio A. GARBUGINO  
Universidad del Salvador,  
Buenos Aires.

#### BOLIVIA

Tonchy MARINKOVIC UZQUEDA  
Universidad Autónoma de San Simón,  
Cochabamba.

David SCHLUSSELBERG CHAVEZ  
Universidad San Francisco Xavier de  
Chuquisaca, Sucre.

#### COLOMBIA

Carlos LERMA AGUDELO  
Universidad de Antioquia,  
Medellín.

#### CUBA

Francisco PEREZ CARBALLAS  
Abdo HERNANDEZ GONZALEZ  
Fidel ILIZASTEGUI DUPUY  
José OUBIÑA RODRIGUEZ  
Instituto Superior de Ciencias Médicas,  
(Universidad de La Habana), La Habana  
Varán SMITH SMITH  
Instituto Superior de Ciencias Médicas,  
(Universidad de Oriente), Santiago.

Salomón GOMERO MACHADO  
Instituto Superior de Ciencias Médicas,  
(Universidad de Oriente), Santiago.

Alberto HATIM RICARDO  
Instituto Superior de Ciencias Médicas,  
(Universidad de Oriente) (U. de Camagüey)

Alina Margarita PEREZ DE ARMAS  
José ARTEAGA HERRERA  
Instituto Superior de Ciencias Médicas,  
(Universidad de Oriente) (U. de Villaclara)

#### ECUADOR

Luis Mario TAMAYO JARAMILLO  
Carlos DARQUEA LOPEZ  
Flavio LOYOLA MERCHAN  
Hernán Patricio SERRANO ALVARADO  
Universidad Católica de Cuenca.

César HERMIDA BUSTOS  
Universidad Central del Ecuador, Quito.

Adolfo ALVEAR ICAZA  
Mario SILVA GOMEZ  
Universidad Estatal de Guayaquil.

Jorge Enrique BURNEO RIOFRIO  
Jorge Fernando REYES JARAMILLO  
Universidad Nacional de Loja.

#### GUATEMALA

Rolando CASTILLO MONTALVO  
Edgar CASTILLO ARMAS  
Claudio Vinicio GONZALEZ MAZARIEGOS  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

#### HONDURAS

José Enrique ZELAYA BONILLA  
Pedro Raniery PORTILLO -NUÑEZ  
Alvaro Ronaldo GONZALEZ MARMOL  
Edmé RODRIGUEZ OLVIN  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

## MEXICO

Ubaldo HERRADA ORTEGA

Raúl LUCERO MARTINEZ

Instituto Politécnico Nacional, México.  
(Centro Interdisciplinario de Ciencias  
de la Salud)

José Manuel HERRERA FERNANDEZ  
I.P.N. (Escuela Nacional de Medicina y  
Homeopatía)

Carlos Martín GAITAN GALINDO

Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Ruby LIBREROS AGUDELO

José DE LA TORRE ALCOCER

Universidad Autónoma de Aguascalientes.

José de Jesús CASTORENA MORA

Universidad Autónoma de Baja California.

Jesús FLORES SANCHEZ

Ignacio MONCAYO TERRONES

Jesús ZUMUANO VELARDE

Carlos CASTILLO LOPEZ

Universidad Autónoma de Guadalajara

Rogelio DE LA FUENTE GAETE

César Augusto CONTRERAS ZARATE

Catalina EIBENSCHUTZ HARTMAN

Jussara María BRESANI

Universidad Autónoma Metropolitana

Rafael VALDEZ AGUILAR

Salvador ROSALES PEREZ

Salvador ROSALES DE CANTE

Jorge HERNANDEZ ENCISO

Enrique SOTO EGUIBAR

Andrés MORALES PEREZ

Froylán Ariosto NIÑO AGUILAR

Ma. de la Luz Guadalupe BARROS MARTINEZ

Alfredo MENDEZ ZAMORA

Universidad Autónoma de Puebla.

Salvador NAVA MARTINEZ

Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Carlos ZAMBADA SENTIES  
Saúl Ocravio MILLAN ECHEGARAY  
Universidad Autónoma de Sinaloa.

Jesús Ernesto ARELLANO MARTINEZ  
Universidad Autónoma de Tamaulipas.

Jorge HERNANDEZ H.  
Héctor PONCE DE LEON DEL CASTILLO  
Guillermo ALVAREZ LLERA  
José Antonio MORENO SANCHEZ  
Elia Martha PEREZ ARMENDARIZ  
Universidad Nacional Autónoma de México.

Héctor FERNANDEZ VARELA MEJIA  
(ENEP-Iztacala)

Rafael GOMEZ GAITAN  
Antonio GONZALEZ PACHECO  
Daniel BARRERA PEREZ  
Universidad Nacional Autónoma de México.

Antonio PEREZ DIAZ  
Universidad Veracruzana. (Xalapa).

Luis Guillermo CASIAN LOPEZ  
(Poza Rica).

Mario VELAZQUEZ LUNA  
(Minatitlán).  
Alberto ROSADO G. CANTON  
Renán ALZINA LIZAMA  
Marco Antonio PALMA SOLIS  
José Arvel CASTILLO PACHECO  
Universidad de Yucatán.

#### REPUBLICA DE EL SALVADOR

Oscar Antonio FERNANDEZ ORELLANA  
José Eduardo GONZALEZ MORALES  
Rolando MARROQUIN CASAMACHUAPA  
Ena Mercedes CORDON DE MIRON  
Manuel Vicente HENRIQUEZ  
Universidad de El Salvador.

#### REPUBLICA DOMINICANA

Julio A. RAVELO ASTACIO  
Manuel Alberto PORTES SANCHEZ  
Universidad Autónoma de Santo Domingo.

VENEZUELA

José Witremundo TORREALBA TOVAR  
Claudio ROMANO ROSELLI  
Universidad de Carabobo.

Alberto AAGAARD CRABBIA  
Aníbal Raúl GOMEZ CARRASQUERO  
Ildemaro TORRES NUÑEZ

Isis NEZER DE LANDAETA  
José A. PUCHI F.  
Universidad Central de Venezuela.

Rafael MARANTE OVIEDO  
Heberto FONSECA  
Luis Félix GUERRA TINEO  
Universidad Centro Occidental Lisandro  
Alvarado.

Gilberto José OLIVARES ROMERO  
Ricardo A. CARDENAS CEDEÑO  
Paulo E. MARQUEZ MARTINEZ  
Francisco Solano NAVA  
Asdrúbal VALLES INCIARTE  
Universidad del Zulia.

PONENTES OFICIALES

BRASIL

Joao Amilcar SALGADO  
Universidad Federal de Minas Gerais.

CUBA

Juan José CEBALLOS ARRIETA  
Instituto Superior de Ciencias Médicas,  
(Universidad de Oriente), Santiago.

CHILE

Edgardo ENRIQUEZ FRODDEN  
Universidad Autónoma Metropolitana,

México. (Representante de los Académicos  
chilenos en el exilio).

#### MEXICO

Octavio RIVERO SERRANO  
Universidad Nacional Autónoma de México.

#### PERU

Jorge CAMPOS REY DE CASTRO  
Universidad de San Marcos, Lima.

#### REPUBLICA DOMINICANA

Magín Antonio DOMINGO PUELLO  
Universidad Autónoma de Santo Domingo.

#### VENEZUELA

Carlos Alberto MOROS GHERSI  
Universidad Central de Venezuela.

#### INVITADOS ESPECIALES

Herculano RIOS FERRUSCA  
Asociación Nacional de Universidades e  
Instituciones de Educación Superior de  
México (ANUIES).

José GARCIA RAMIREZ  
Universidad Autónoma de Santo Domingo,  
Rep. Dominicana.

José Héctor SALAZAR GUTIERREZ  
Confederación Universitaria Centroamericana  
(CSUCA).

Julio DE LEON MENDEZ  
Federación Panamericana de Facultades  
de Medicina (FEPAFEM).

#### DELEGADOS OBSERVADORES:

#### GUATEMALA

Erwin Nery OROZCO MOLINA

Valerio Faustino DE LEON LOPEZ  
Ingrid Victoria GAMBOA LOPEZ  
José Octavio CAJAS SOSA  
Narciso Alberto LOPEZ GRAMAJO  
Rodolfo Leonel AJQUI RIVERA  
Manuel Ricardo VELAZQUEZ COJULUN  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
(Centro Universitario de Occidente)  
Quetzaltenango.

#### MEXICO

Alejandro GOMEZ DIAZ  
Universidad Autónoma "Benito Juárez"  
de Oaxaca.

Rosendo VEGA ARCOS  
Cándido URIOSTEGUI GONZALEZ  
Armando IBARRA QUINTO  
Universidad Autónoma de Guerrero.

Nicolás LICONA RUIZ  
Universidad Autónoma de Hidalgo.

Margarita SOLIS MORALES  
Gloria Eugenia TORRES RAMIREZ  
Universidad Autónoma Metropolitana.

Raimundo SOLIS ACOSTA  
Juan Antonio Francisco CERVANTES MONROY  
Jesús Roberto COLIN ORTIZ  
Universidad Autónoma de Nayarit.

María del Carmen CASTANEIRA  
Armando SOLIS DIAZ  
Patricia NEGREROS CASTILLO  
Manuel CARRO POBLANO  
Armando AQUINO CARRERA  
Héctor Tulio GARCIA CARDONA  
Gustavo JUAREZ RODRIGUEZ  
María Mercedes MERCADO VAZQUEZ  
Luis Eleuterio TZOMPANTZI MARIN  
Jorge DOMINGUEZ PEREZ  
Ramón JUAREZ BARRANCO  
Alberto ZUÑIGA TORRES

Santos Manuel MERCADO FLORES  
José Luis NARVAEZ SALAS  
Gerardo RAMIREZ SORIANO  
Juan Manuel TETITLA MUNIVE  
Héctor ESTRADA GARCIA  
Arturo SALAMANCA MENESES  
Luis Sabino QUIROZ HERNANDEZ  
Leonardo HERNANDEZ TOLEDO  
Ramiro Plinio GONZALEZ JIMENEZ  
Víctor ALVAREZ RUGERTO  
Enrique MELENDEZ MANZANO  
Hermina RAMIREZ DAVALOS  
Universidad Autónoma de Puebla.

Bartolo LOPEZ QUINTERO  
Isabel PEÑUELAS FONSECA  
Universidad Autónoma de Sinaloa.

Raúl ESTRADA PADRES  
Universidad Autónoma de Zacatecas.

Francisco LOZANO RODRIGUEZ  
Arcelia ROZ PEÑA  
Universidad Nacional Autónoma de México.

#### REPUBLICA DOMINICANA

José HAZIM FRAPPIER  
Juan Aristides SILVA SANTOS  
Carlos Juan MUSA HAZIM  
Universidad Central del Este.

#### VENEZUELA

Carlos César CALLEGARI VALDISERRA  
Universidad de Carabobo.

Elizabeth TALLAFERRO DELPINO  
Margot MOYA DE MEDINA  
(Universidad de Carabobo. (Núcleo La Morita).

Betty Josefina TROCONIS DE LEON  
Universidad de Carabobo. (Núcleo Aragua).

Eligio NUCETE RIOS  
Lilia Rusa DE NUCETE  
Universidad del Zulia.

José Ramón LEON UZCATEGUI  
Virgilio GUTIERREZ PADRON  
Universidad de Carabobo. (Núcleo La Morita)  
Maracay.

Rafael FUENTES BRUZUAL  
Universidad Central de Venezuela.

Juan Francisco DUQUE REINA

Licia J. CRUZ RODRIGUEZ

Pedro Luis CASTELLANOS CASTELLANOS  
Universidad Central de Venezuela. (Escuela  
"José María Vargas").

#### COMISION ORGANIZADORA:

César Octavio REYES MENDEZ  
Víctor Manuel SANCHEZ MARTINEZ  
Jorge CORTE HUERTA  
Universidad Autónoma de Puebla.

Pedro ROJAS RODRIGUEZ  
Unión de Universidades de América Latina.

#### Sub-Comisiones:

Antonio MARIN LOPEZ  
Hildegard GARCIA GALINDO  
Alma Rosa Leticia GONZALEZ MARAÑON  
Jesús SANCHEZ VALADEZ  
Lilia Partida REYNOSO  
Martha Imelda ROSAS RAMIREZ  
Universidad Autónoma de Puebla.

Dr. César Octavio Reyes Méndez  
Comisión Organizadora XI Conferencia  
de Facultades y Escuelas de Medicina.

Dr. Pedro Rojas Rodríguez  
Secretario General a.i. de la UDUAL.

Dr. Víctor Manuel Sánchez Martínez  
Comisión Organizadora XI Conferencia  
de Facultades y Escuelas de Medicina.

## ACTA COMPLEMENTARIA

En la ciudad de Puebla, México, a los cinco días del mes de octubre de mil novecientos setenta y nueve, se reunieron los suscritos miembros de la Comisión Dictaminadora de Credenciales de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Después de examinar los diferentes documentos presentados como credenciales para justificar la representación de las distintas instituciones, rinden el siguiente dictamen.

### DELEGADOS OFICIALES:

#### HONDURAS

Luis Felipe Bekker Guzmán  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

#### MEXICO

Abel Hernández Chávez  
Universidad Autónoma de Guadalajara.

Miguel Barrera García  
Universidad Autónoma del Estado de México.

Pedro Crevenna Horney  
Universidad Autónoma Metropolitana  
(Xochimilco)

Víctor Manuel Hernández Reynoso  
Universidad Nacional Autónoma de México  
(Iztacala)

Juan Carlos Pompa Valdez  
Universidad Nacional Autónoma de México.

Acta complementaria 2.-

### PONENTES OFICIALES:

#### COLOMBIA

José Consuegra  
Universidad Simón Bolívar  
(Barranquilla)

DELEGADOS OBSERVADORES:

MEXICO

Lilia Ponce de León Puig  
Juan Alvarez Barranco  
Jorge Domínguez Pérez  
Luis Eleuterio Tzompantzi M.  
Ma. Mercedes Mercado Vázquez  
Gustavo Juárez Rodríguez  
Héctor Tulio García Gardon  
Juan Osorio Aca  
Mario Rafael Sobrino Borgos  
Jorge Guadalupe Espidio Gamez  
Aurelio González Beltrán  
Rodolfo Toxtle Tlamani  
Roberto Vargas Enriquez  
Malva Mejía Arregui  
Pedro C. Quecholac Rosales  
Héctor Mario Hernández Lobato  
Javier Herrera Aguilera  
José Gregorio Andrade y Delgadillo  
Héctor Salazar Barquet  
Elcazar C. Vega y Saenz de Mier  
Georgina Fernández Ramos  
Francisco Rosar Sosa  
Ma. Dolores Fernández Rodiles  
David D. Bañuelos Ramírez  
Santiago Molina Velez  
José Adrián Ramírez Rodríguez  
Lilia del Carmen Torres Bautista  
Ma. Yolanda Ramona Montes Espinoza  
Lourdes Ramírez Herrera  
Isaac Vera Castillo  
Jorge A. León Flores  
Guillerma Miranda Carreón  
Josefina Martiñon Aguilera  
Ma. de Lourdes Carreón Sánchez  
Ana Ma. Damian Mendoza  
Jorge Rosas Ramírez  
Albina Eugenia Huerta Sánchez  
Susana Macías Martínez

José Luis Castro de la Garza  
Bernardo Luengas Garrido  
Julio Héctor Orea Díaz  
José Castañeda Ramírez  
Raúl Eduardo Castillo Dávila  
Alejandro Cornish Becerra

Universidad Autónoma de Puebla

Acta complementaria 4.-

Fernando Coyotecatl Tecpoyotl  
Serafín Lorenzo Corio Chávez  
Pablo Wesley Baltazar Ramírez  
José Oscar Cuahtecontzi Morales  
José Primitivo Cortés Ortiz  
Patricia Santamaría Pérez  
Justino Guerrero Lillo  
Gerardo Quispe Alva  
Refugio Susana Sosa Suárez  
Jesús Ramírez Torres  
Victor Hugo Rodríguez Fernández  
Carlos Javier Díaz Villegas  
José Luis Mendoza Morales  
Francisco Flores Rojas  
Alejandro Arroyo Rojas  
Gregorio Tapia Zamora  
Ramiro Tapia González  
Jaime Salvador Pezat Saidi  
Armando Alberto Romero Xochicale  
Martín Lima Herrada  
Luis Roberto Villalobos Pineda  
Armando Aquino Carrera

Universidad Autónoma de Puebla.

Marco Antonio Ramírez  
Universidad Autónoma de Sinaloa

Salvador Rodríguez Martínez  
Universidad de Guadalajara

Salvador López Rodríguez  
Wilfrido Lara Garduño  
Universidad Autónoma del Estado de México.

REPUBLICA DOMINICANA

Altagracia Xheley Sánchez Novoa  
Daysi Peña de Jiménez  
Universidad Autónoma de Santo Domingo.

U.D.U.A.L.

Efrén Rojas R.  
Luis Alvarez E.  
Edith Echavarri P.  
Blanca Paris de O.  
Jesús Hidalgo  
Oswaldo Hernández

Acta complementaria 5.-

COMISION ORGANIZADORA:

Antonio Zaglul  
Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Dr. César Octavio Reyes Méndez  
Comisión Organizadora XI Conferencia  
de Facultades y Escuelas de Medicina

Dr. Pedro Rojas Rodríguez  
Secretario General a.i. de la UDUAL.

Dr. Víctor Manuel Sánchez Martínez  
Comisión Organizadora XI Conferencia  
de Facultades y Escuelas de Medicina.



**SESION PRELIMINAR**

**Domingo 30 de septiembre, 1979.**

**17.00 hs.**



## SESION PRELIMINAR

### Salón Barroco del Edificio Carolino de la Universidad Autónoma de Puebla.

A las 17.00 hs. del domingo 30 de septiembre de 1979, en el Salón Barroco del Edificio Carolino de la Universidad Autónoma de Puebla, tuvo lugar la Sesión Preparatoria de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.

Presidieron la Sesión Pedro Rojas, Secretario General a.i. de la Unión de Universidades de América Latina, Víctor M. Sánchez Martínez, Coordinador de la Comisión Organizadora; Rafael Valdez Aguilar, Director del Hospital Universitario de Puebla; César O. Reyes Méndez, Director Interino de la Escuela de Medicina de la U.A.P.; Jorge Corte Huerta; Antonio Marín López de Relaciones Públicas y Protocolo de la Comisión Organizadora.

La reunión se sujetó a la siguiente Orden del Día:

- I. Palabras de salutación de Pedro Rojas;
- II. Lectura de la lista de asistentes registrados;
- III. Informe del Presidente de la Comisión Organizadora.
- IV. Elección y toma de posesión del Presidente de la Conferencia;
- V. Elección y toma de posesión de Vicepresidentes, Secretario y Relator Generales;
- VI. Lectura y aprobación del Calendario de la Conferencia.

Abierta la Sesión por el representante de la Secretaría General de la UDUAL, dio lectura a la Orden del Día que, al no recibir objeciones, se dio por aprobada. Enseguida dio lectura a la lista de asistentes registrados y

después pronunció unas palabras de salutación y de reconocimiento a los asambleístas y personas que colaboraron en la preparación de la XI Conferencia.

Cumpliendo con el siguiente punto de la Orden del Día, el doctor Víctor M. Sánchez Martínez, dio lectura al Informe de la Comisión Organizadora.

Acto seguido se abrió la inscripción de candidatos para la Presidencia. Fue propuesto por varios delegados el doctor César O. Reyes Méndez y electo por aclamación.

A continuación César O. Reyes Méndez, convocó a la asamblea para elegir Vicepresidentes, Secretario y Relator Generales.

Una vez que ocuparon sus sitios en el Presídium los funcionarios electos, se dio lectura al Calendario y, al ser aprobado, se declaró terminada la Sesión Preparatoria.

## INFORME DE LA COMISION ORGANIZADORA

Presentado por el Dr. Víctor M. Sánchez M.

En la sesión plenaria de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina de la Unión de Universidades de América Latina, celebrada del 20 al 23 de noviembre de 1977, la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, fue designada, por unanimidad, sede de la XI Conferencia.

Con fecha 12 de enero de 1978 en oficio girado al Secretario General de la UDUAL, Dr. Efrén del Pozo, el C. Rector de la Universidad Autónoma de Puebla, Ing. Luis Rivera Terrazas ratificó la aceptación de la sede para la XI Conferencia. Posteriormente, se envió copia de esta comunicación a todas y cada una de las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, afiliadas y no afiliadas a la UDUAL. Asimismo, fue girada invitación y comunicación respectiva al Presidente de la Comisión Organizadora de Festejos del IV Centenario y actual Secretario General de la U.A.P. Lic. Alfonso Vélez Pliego, se incluyó temario, calendario, convocatoria, normas y el acta-convenio. En el ámbito interno de la Escuela de Medicina se comunicó a la H. Academia de Maestros del compromiso adquirido con el propósito de que permanecieran atentos del temario y de los ponentes que deberían ser designados con posterioridad, esto es, en la Primera Reunión Preparatoria con el objeto de definir el tema general, los sub-temas, los ponentes y todo lo relacionado con la XI Conferencia, a tal reunión acudieron del Dr. Efrén del Pozo, Secretario General de la UDUAL; Dr. Pedro Rojas Coordinador de Conferencias de la UDUAL; Dr. José García Ramírez y Dr. Antonio Zaglul, Presidente y Relator General de la X Conferencia, respectivamente; la Universidad Autónoma de Puebla estuvo representada por el Dr. Víctor M. Sánchez Martínez, Coordinador General de la Escuela de Medicina y el Dr. Rafael Valdez Aguilar, Director del Hospital Universitario en representación del C. Rector. A este acto asistieron también, el Dr. Octavio Rivero Serrano, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Dr. Rogelio de la Fuente, catedrático

co del Area de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, estas dos últimas personalidades convocadas por el Secretariado de la UDUAL. A propuesta de la Comisión Organizadora de la XI Conferencia se formuló el tema general de la Conferencia: Relación entre Facultades y Escuelas de Medicina y el Estado; los sub-temas: I) Integración Docente-Asistencial; II) La Situación de Salud y la Enseñanza de la Medicina en América Latina; III) La Autonomía Universitaria y la Enseñanza de la Medicina. Para la mesa redonda se sugirió, y fue aceptado, que fuesen denominados y abordados los aspectos de muy diversa índole que implican el que determinados sectores sociales impulsaran tendencias para el control poblacional. Dado lo controvertido de este punto, pensamos que el tema de esta mesa redonda fuera Políticas de Población en América Latina con tres sub-temas: a) Políticas de Población y las Escuelas de Medicina. b) Políticas de Población y el Estado. c) Políticas de Población y las Agencias Internacionales. Para lo cual fueron sugeridos y aceptados los siguientes ponentes: Dr. José Ceballos Arrieta, Dr. Rodrigo Gutiérrez Saenz, Dr. Octavio Rivero, Dr. Carlos A. Morós Gherzi, Dr. Jorge Campos Rey de Castro, Dr. Edgardo Enríquez, Dr. Carlos Tunnermann; en la mesa redonda: Dr. Raúl Garbugino, Dr. Joao Amilcar, Dr. José Consuegra, Dr. Rolando Castillo Montalvo y el Dr. César Hernida actuaría como Moderador de la mesa.

En el curso de esta reunión preparatoria, a propuesta del Dr. Efrén del Pozo, Secretario General de la UDUAL, se impulsó la modificación al esquema tradicional en cuanto a los ponentes y comentaristas y el acuerdo fue que para agilizar la elaboración de las ponencias por cada tema, hubiese un ponente quedando entonces, suprimido el carácter de comentarista, que hasta la X Conferencia había venido desempeñando con éxito.

La fecha designada para la XI Conferencia se propuso que fuese del 26 al 31 de agosto de 1979. En esta misma reunión se acordó que la Segunda Reunión Preparatoria fuese durante el mes de febrero de 1979 en la Universidad Autónoma de Puebla.

A esta reunión asistieron el Dr. Pedro Rojas, Coordinador de Conferencias de UDUAL, Lic. Oswaldo Hernández, Asesor de la Secretaría de la UDUAL; Dr. José García Ramírez y Dr. Antonio Zaglul, Presidente y Relator General de la X Conferencia, respectivamente; Dr. Víctor M. Sánchez Martínez, Coordinador General de la Escuela de Medicina de la U.A.P. y el Dr. Jorge Corte Huerta, Representante Maestro ante el Consejo Universitario. Durante esta reunión se terminaron de afinar y ultimar detalles respecto a los ponentes, tal fue el caso de la designación de un relator específico para la mesa redonda, y que este relator sería designado de entre los delegados oficiales de la U.A.P. para la XI Conferencia, y acordose ampliar un sub-tema más a la mesa redonda que sería denominado: d) Sobre Inci-

dencias de Políticas de Población en América Latina, y que este tema lo desarrollaría el Dr. Dagoberto Espinosa, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Honduras. Inmediatamente después de realizada esta Segunda Reunión Preparatoria, se giró invitación a la H. Academia de Maestros para que colaboraran en la elaboración de la ponencia que como Universidad sede nos tocaría desarrollar, igualmente solicitamos fuera impulsada entre los representantes estudiantiles para hacer llegar esta información. A partir de este momento hubo una permanente comunicación a las universidades, afiliadas y no afiliadas, manteniéndolas al tanto de la organización de este evento. Se recibieron numerosas comunicaciones de Escuelas y Facultades tanto nacionales como del extranjero con el propósito de participar con temas libres vinculados a la temática de la XI Conferencia, algunas de las cuales esperamos que sean distribuidas por sus elaboradores en el curso de esta jornada de trabajo, cabe señalar que para la promoción de la XI Conferencia se incluyeron actividades tales como: todos los foros nacionales vinculados a la educación médica como lo son la XX Reunión Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, que tuvo como sede la Escuela de Medicina de la U.A.P. el 5 y 6 de mayo de 1978 en el marco de la celebración del IV Centenario de vida académica ininterrumpida de la U.A.P. que se llevó a cabo durante el año de 1978; La Reunión Ordinaria de la Asociación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina celebrada en Nueva Orleans durante el mes de octubre de 1978; una Reunión de Facultades de Ciencias Médicas en el Area de Centroamérica; las reuniones de funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud y en todo tipo de foros que permitieron comunicar acerca de la XI Conferencia. Al concluir la Segunda Reunión Preparatoria se acordó que habría únicamente una Tercera Reunión en caso de que fuera estrictamente necesario, fijando la fecha como tentativa la semana anterior a la Conferencia. Se distribuyeron del orden de cuatro mil posters alusivos al evento con tres distintas imágenes, múltiples entrevistas y conferencias de prensa fueron utilizadas para promover tan trascendental evento, además la comunicación extraordinaria que se utilizó como las llamadas telefónicas personales, comunicación cablegráfica, telex, etc. Fueron recibidas del orden de quinientas cartas manifestando el interés en la participación signada por los diferentes Decanos y Directores de las Facultades de Medicina de América Latina.

Durante los inicios del mes de mayo de 1979 y por la situación económica por la que atravesaba en ese momento la U.A.P. al conocer las necesidades que en materia de subsidio requería, vislumbramos el posible emplazamiento de Huelga por parte de los sindicatos académico y administrativo de la Universidad en busca de mejoría en sus niveles de vida y para el au-

mento de subsidio correspondiente para el desarrollo de las actividades docentes como la Universidad está llamada a cumplir, ocurriendo lo inevitable, el 31 de mayo del año en curso la huelga estalló prolongándose por más de un mes ante la negativa de los gobiernos federal y estatal de otorgar los subsidios correspondientes, que permitieran desarrollar mínimamente a la Universidad en su tarea fundamental y lograr que los trabajadores adquieran salarios decorosos.

En el curso de la huelga se vió la necesidad de modificar la fecha por cuanto esta situación de conflicto con el Estado hacía peligrar en su fecha original el éxito del evento, trasmitimos entonces, el acuerdo adoptado por el C. Rector de la U.A.P. y la Comisión Organizadora de la U.A.P., al Secretariado de la UDUAL de nuestra disposición de aplazar la fecha, quedando en definitiva del 30 de septiembre al 5 de octubre del año en curso, inmediatamente fue girada la comunicación respectiva a todas las Universidades.

Dentro de las comunicaciones oficiales giradas fueron la de solicitar a la Dirección General de la Sección Consular de la Secretaría de Relaciones Exteriores las facilidades para el otorgamiento de las visas del entrada al país, de los delegados y acompañantes a este evento; la solicitud de facilidades a la Gerencia y a las Oficinas de Relaciones Públicas del Aeropuerto Internacional "Benito Juárez" de la ciudad de México, para el recibimiento y traslado de las delegaciones a la ciudad de Puebla, se giraron solicitudes en este sentido a las secciones consulares de las embajadas en México en el extranjero.

Por otra parte, fueron giradas invitaciones de honor al Dr. Emilio Martínez Manatou, Secretario de Salubridad y Asistencia; Dr. Alfredo Toxqui Fernández de Lara, Gobernador Constitucional del Estado de Puebla; Lic. Emilio Sánchez Piedras, Gobernador Constitucional del Estado de Tlaxcala; Dr. Guillermo Soberón, Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México y Presidente de la Unión de Universidades de América Latina; Dr. Rafael Velasco Fernández, Secretario Ejecutivo de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior; Lic. Miguel Quiroz Pérez, Presidente Constitucional del Municipio de Puebla; Dr. Herminio Sánchez Aranda, Jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado. A personalidades vinculadas a la educación médica y que laboran en el sector oficial: al Representante en México de la OPS/OMS Dr. Alejandro Sotelo, Enf. Enid Harden, Responsable de la Oficina de Recursos Humanos, Dr. Juan César García de la Oficina de Recursos Humanos de la O.M.S., Dr. Miguel Márquez de la Oficina de Recursos Humanos de la OPS/OMS; a la Presidencia y a la Secretaría Ejecutiva de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, a la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, a cada Asocia-

ción de Facultades y Escuelas de Medicina de los países latinoamericanos; cabe destacar que a esta Conferencia no han sido invitados las Facultades y Escuelas en cuyos países existen regímenes de excepción como es el caso de Chile, Uruguay y Paraguay en donde además, los recintos universitarios han sido violados en forma sistemática y más aún, las universidades están dirigidas por militares al servicio de los intereses más reaccionarios de las oligarquías criollas, coludidos con el imperialismo en su afán de detener el avance de los pueblos en su lucha por la liberación, sí en cambio hemos considerado invitar a este recinto de discusiones a los representantes en el exilio y que este foro sirva además, para denunciar el odio que por la razón y el pensamiento tienen estos regímenes que des gobiernan a sus países y que en estos momentos atraviesan por la noche oscura del fascismo.

Compañeros delegados, la realización de esta XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la Unión de Universidades de América Latina es el resultado del concurso de los esfuerzos de maestros, alumnos y trabajadores así como del apoyo del Rector de esta Universidad, sin quienes este compromiso no hubiera podido llevarse a cabo.

A nombre del C. Rector, de la Comisión Organizadora y del conjunto de la Comunidad Universitaria Poblana, sean bienvenidos y el exhorto único es que en cada intervención, en cada discusión, en cada acto en que participemos pongamos lo mejor de nuestra inteligencia y disposición para colocar cada día más en alto el nombre de nuestras instituciones y orgullosamente decir que pertenecemos a la Comunidad Universitaria Latinoamericana.

La Comisión Organizadora fue designada por el C. Rector siendo los integrantes los siguientes:

Dr. Víctor M. Sánchez Martínez  
Coordinador del Evento

Dr. Rafael Valdez Aguilar  
Director del H.U.P.

Dr. César O. Reyes Méndez  
Director Interino de la  
Escuela de Medicina

Dr. Antonio Marín López  
Jefe de Enseñanza del H.U.P.

Dr. Jorge Corte Huerta  
Catedrático de la Escuela  
de Medicina

Por acuerdo de la Comisión Organizadora fue designado Presidente de Honor de la XI Conferencia, el Ing. Luis Rivera Terrazas, Rector de la U.A.P., esta propuesta fue aprobada en la Sesión Preliminar.

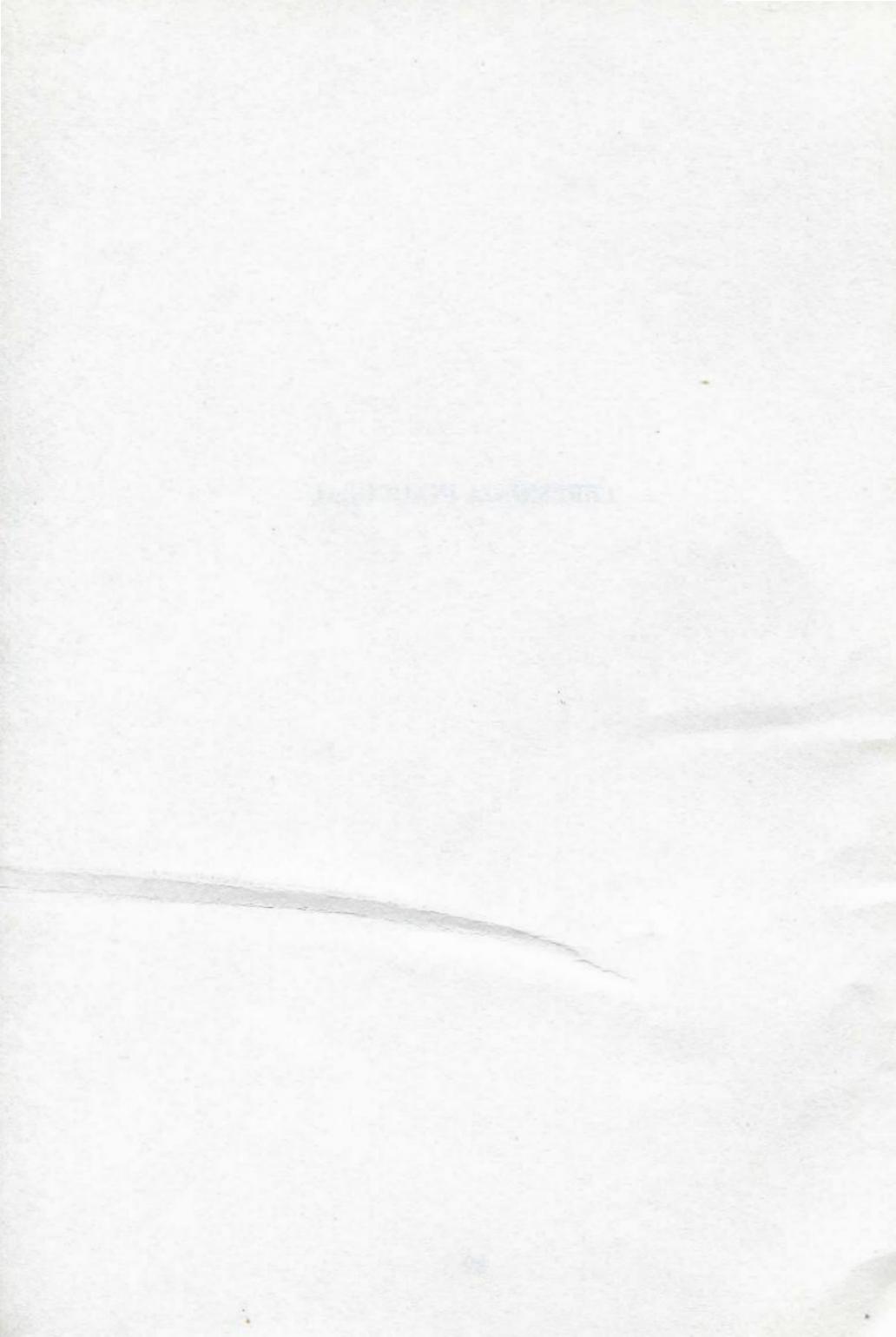
**Sub-Comisiones:**

C.P. Rafael Bautista Ramos  
C.P. Francisco Rivera Garrido  
Finanzas

Dr. Jorge Hernández Enciso  
Dr. Eduardo Salinas Stefanon  
Credenciales

C.P. Alfonso Yañez Delgado  
Dr. Pedro Rojas  
Responsable de Prensa y  
Propaganda

CEREMONIA INAUGURAL



## CEREMONIA INAUGURAL

En el Teatro Principal de la ciudad de Puebla, México, a las 20.00 horas del domingo 30 de septiembre de 1979, tuvo lugar la Ceremonia Inaugural de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.

Integraron el presidium las siguientes personalidades: ingeniero Luis Rivera Terrazas, rector de la Universidad Autónoma de Puebla; doctor Pedro Rojas, secretario general a.i. de la Unión de Universidades de América Latina; licenciado Ulises Coca Marcel, en representación del Gobernador del Estado de Tlaxcala, don Emilio Sánchez Piedras; licenciado José Martínez Escobar, síndico municipal, en representación del licenciado Miguel Quiroz Pérez, presidente municipal de Puebla; doctor Enrique Ventosa Silva, representante del gobernador del Estado de Puebla; doctor Octavio Rivero Serrano, representante del rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, doctor Guillermo Soberón; doctor Juan Alvarez T., representante del Secretario General Ejecutivo de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Educación Superior; doctor César Octavio Reyes Méndez, director interino de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla y presidente de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina; doctor Rafael Valdez Aguilar, director del Hospital Universitario de Puebla; licenciado Alfonso Vélez Pliego, secretario general de la Universidad Autónoma de Puebla; doctor José García Ramírez, presidente de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina y, el doctor Varan Von Smith, secretario general de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.

## DECLARATION OF INDEPENDENCE

When in the course of human events, it becomes necessary for one people to dissolve the political bands which have connected them with another, and to assume among the powers of the earth, the separate and equal station to which the laws of Nature and of Nature's God entitle them, a decent respect to the opinions of mankind requires that they should declare the causes which impel them to the separation.

We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain unalienable Rights, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness. — That to secure these rights, Governments are instituted among Men, deriving their just powers from the consent of the governed, — That whenever any Form of Government becomes destructive of these ends, it is the Right of the People to alter or to abolish it, and to institute new Government, laying its foundation on such principles and organizing its powers in such form, as to them shall seem most likely to effect their Safety and Happiness. Prudence, in such a case, would dictate that Governments long established should not be changed for light and transient causes; and accordingly, we have suffered the longest continuance of a Government under a King, whose character was so clearly defined by the tenets of the British Constitution, that we could not look upon him as the fountain of all our Rights, but as the chief Magistrate in a free and representative Government.

But when a long train of abuses, and usurpations, pursuing invariably the same Object, evinces a design to reduce us to absolute Tyranny, it is our duty to throw off such Government, and to provide new Guards for our future Liberty.

Such has been the patient sufferance of these Colonies, that they have borne a long and oppressive Government, without a change.

But when the same King has endeavored to bring us under the same oppressive Government, and to reduce us to absolute Tyranny, it is our duty to throw off such Government, and to provide new Guards for our future Liberty.

## PALABRAS DE BIENVENIDA A LOS CONGRESISTAS A LA XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE LA U.D.U.A.L.

POR EL C. DR. CESAR O. REYES MENDEZ

Nos recuerda el emérito maestro JUAN JOSE ARRIOLA, que en la edad media, las Ciudades tenían muros, intramuros y extramuros, pero por más muradas que fueran, se abrió paso en ellas la libertad de pensamiento.

"LAS UNIVERSIDADES". -Nos dice- "Surgieron más allá de los poderes seculares y divinos... Secular, fué la Bolonia con los Papas. Una surgió como Escuela de Derecho, porque en las ruinas del Imperio Romano se había perdido la Ley. La otra, como Escuela de Teología porque a todos se les había olvidado el amor. Las dos secundaron a petición de estudiantes descontentos, porque los adultos ya no sabían lo que era el derecho al amor y el amor del derecho. Del conflicto entre generaciones, surgieron las UNIVERSIDADES laicas, punto de partida y sueño juvenil que aquí y allá, aunque no sepan, todavía, como hacerlo".

Porque efectivamente, maestros Universitarios, todavía no poseemos los medios necesarios y suficientes, para que en vez de cuestionarios con respuestas a llenar en líneas en blanco, con datos materiales o de actitud, juzguemos la voluntad de darse a los demás... de servir a sus comunidades... de salvar vidas.

Hoy como ayer, sin fórmulas ni ecuaciones, el humanismo de la juventud, ha derribado en nuestra secular Puebla, los muros de la incompreensión, los intramuros del desorden y los extramuros del prejuicio egoísta, y en esta ocasión en que se reúnen en la UNDECIMA CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE LA U.D.U.A.L., Ustedes, maestros de América creemos que sancionarán con entusiasmo el deseo de servirles, de la cuatro veces centenaria UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA, egregia Institución, que como el ave Fénix de su escudo se incendia en el pecho cada aurora, inflamando a sus hijos del deseo de liberación, que cunde en la yesca de los corazones jóvenes, para extenderse en los estratos de la sociedad en crisis. El sentido humanístico de la Universidad Autónoma de Puebla consiste, ahora más que nunca en formar hombres y mujeres que sean capaces de servir a sus semejantes, mejorando con su trabajo y su ejemplo la sociedad en que viven, bien planteando cambios necesarios o resolviendo los problemas más urgentes; pues aquí se sabe, que los títulos Universitarios, no son una patente de corso, sino el certifi-

cado que prueba una voluntad y capacidad de servir y participar con él. Donde quiera que se encuentren, podrán y deberán los Universitarios de hoy, ejercer con plenitud la verdadera profesión del hombre... conservar y enriquecer los bienes de la naturaleza y de la sociedad.

En nombre de ese humanismo palpitante, abrimos los brazos fraternos, para recibir a todas las Escuelas de Medicina de América Latina, preocupadas del futuro de la humanidad, dándoles la más cordial bienvenida en espera de que su trabajo y discusiones sobre los puntos alcidos del pueblo latinoamericano, tengan un alto contenido social, que permitan propiciar la solución de los grandes problemas que aquejan a la humanidad Latinoamericana.

Habéis llegado a nuestra casa, y os encontráis en familia señores Delegados, somos hermanos en el sagrado deber de formar al ejército de hombres concientes que han de ir a aliviar el dolor de sus semejantes y a propiciar la salud y la prevención de las enfermedades, seamos pues concientes de esa grave responsabilidad y hagamos de lado prejuicios, intereses insanos y egoísmos personales, formemos el equipo que las mayorías reclaman para conformar los estudios, los planes, y la estructuración de un sector de la salud, que satisfaga, las ansias de nuestros pueblos, no importando, que en algunos casos tengamos que luchar contra gobiernos incompetentes o tiranías despóticas e intolerantes, y que ello nos lleve la vida.

En la especialización de actividades psicobiológico-sociales, corresponde a la UNIVERSIDAD, capacitar a los jóvenes que habrán de integrarse al sector de la salud del mañana.

A los GOBIERNOS, compete crear y planificar adecuadamente, la infraestructura para que estos jóvenes cumplan su cometido. Es metafísico e inoperante, por intereses bastardos tratar de divorciar a las Universidades de los mandos gubernativos del sector salud; con ello se sirve a los sectores más reaccionarios y se acelera el desquiciamiento social, que no beneficia a América sino a sus eternos explotadores.

Todos hemos llegado hasta aquí, con grandes deseos de trabajar preocupados por el futuro de la salud de América Latina, como aquel poeta filósofo, que manifestaba, que su único equipaje, era un cargamento de ideales, y ante tan pobres hártulos nos ha encantado el que ustedes, hayan atendido al llamado y a la cita de esta UNDECIMA CONFERENCIA DE LA U.D.U.A.L., ya que en la actualidad, uno de los problemas más graves que afronta la realidad del hombre, **AQUI HABREMOS DE COMUNICARNOS, Y HABREMOS DE ESTABLECER EN UNA RELACION QUE DESEAMOS SE PROFUNDICE HASTA ENCONTRAR EL VERGEL DE LA AMISTAD Y LA COINCIDENCIA DE IDEALES.**

En la hora en que más abundan los medios de difusión el hombre está solo, paradójicamente incomunicado no se encuentra como quiera un oasis propicio al diálogo entre hombres de gran valor, como el que hoy se abre para América Latina.

La vida, como la noche del pensador, se ha vuelto común e incomunicable nos hemos abandonado unos a otros, y no parecen encontrarse, en el horizonte esférico de la tierra esperanza posible. Sin embargo aún podemos confiar que los Universitarios que hoy llegan a ésta su casa habrán de constituirse, en la aurora que derrama inquietudes en los corazones sinceros de los educadores para la salud, para llegar lo más pronto posible a aquellos seres que en la negrura de su ignorancia y en el lento palpitir de su conciencia esperan, con el ansia cósmica que esperan los miserables la llegada de la mano ennoblecida, que habrá de sacarlos de su postración.

SEÑORES DELEGADOS, por la angustiosa necesidad de la hora, os pido, en nombre de todas las Universidades que constituyen la U.D.U.A.L., que os esforcéis en entregar lo mejor de nuestra experiencia y conocimiento así como lo más noble de sus sentimientos, para poder, al final señalar a nuestros pueblos los caminos a seguir, a los gobiernos los problemas por resolver y las acciones a incrementar pues habrá que recordar lo dicho por PHILIP SIDNEY: "NUNCA ESTAN SOLOS AQUELLOS A QUIENES ACOMPAÑAN PENSAMIENTOS NOBLES", y en el fuero de lo interno está impreso con tinta indeleble en nuestra conciencia el legado que hemos aprendido de los PROCERES DE AMERICA, luchar hasta la muerte para darle a los pueblos de América Latina:

**UN PAN DEL TAMAÑO DE SU HAMBRE**

**UNA MEDICINA DEL TAMAÑO DE SU ENFERMEDAD**

**Y UNA LIBERTAD DE PROPORCIONES INFINITAS**



## DR. PEDRO ROJAS

Hace tres años que celebramos la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. La sede de esa reunión fue la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Aún recordamos vivamente esa experiencia de la UDUAL en el seno de la Universidad Primada de América, durante la que el entusiasmo y esfuerzo de sus dirigentes hizo posible el éxito del evento. Entonces como hoy se puso en evidencia el espíritu de convicciones y luchas que impera entre funcionarios, docentes, estudiantes y personal de apoyo administrativo, dirigidos a ofrecer una tribuna a las inquietudes y urgencias de los universitarios latinoamericanos y muy particularmente, de los que se aplican a la amplia gama de problemas que representa la salud de nuestros pueblos. Al cabo de aquella reunión, la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla solicitó y obtuvo la sede para celebrar la XI Conferencia. Y hoy estamos aquí, en la culminación de los complejos trabajos de organización, contribuyendo con todas nuestras fuerzas a agregar un eslabón más a la cadena de esta clase de acontecimientos. Nos apoyan las luchas y los debates que representan las Conferencias celebradas con anterioridad: la de La Habana, anterior a la de Santo Domingo; la de Quito (Universidad Central del Ecuador), la de Maracaibo (Universidad del Zulia), la de Guatemala (Universidad de San Carlos), la de Lima (Universidad Mayor de San Marcos), la de Pozos de Caldas (Universidad Federal de Minas Gerais), la de Viña del Mar (Universidad de Chile), la de Montevideo (Universidad de la República) y la de México (Universidad Nacional Autónoma de México). Esto, entre otras cosas, quiere decir que en veintidós años se han logrado once Conferencias de Facultades y Escuelas de Medicina de nuestra Latinoamérica y que se han logrado a "pecho", es decir, sin el apoyo de fuentes de financiamiento extrañas a nuestra región, con sólo los recursos generados por nuestros pueblos y canalizados por nuestras instituciones de educación superior.

Profundo pesar nos causa la ausencia en esta reunión del que fuera por 19 años Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina. Efrén C. del Pozo no está ya entre nosotros. El 14 de mayo último cegó la

muerte su existencia. Este lapso de 19 años que fue de entrega a la causa de la integración cultural de Latinoamérica lo señaló para la historia como líder de las mejores causas de nuestros pueblos. Subrayemos en esta tribuna que fue celoso de la autonomía de nuestra organización por lo que en particular para el campo de la enseñanza y fundamentación de la medicina no quiso aceptar los interesados apoyos económicos que hubiera podido recibir para mayor efectividad de las acciones y políticas de carácter médico. Prefirió sistemáticamente la modestia de nuestras actividades a cambio de que fueran genuinas, de que respondieran legítimamente a las necesidades y soluciones detectadas y razonadas por nosotros mismos.

El temario a que se sujetará esta undécima Conferencia, fue inspirado, de acuerdo con dicha tónica, por las necesidades más críticas en estos momentos. El tema general lo indica claramente: "La relación entre las facultades y escuelas de Medicina y el Estado", tema que ha sido desglosado en cuatro sub-temas que son. el primero, "Integración docente asistencial"; el segundo, "La Situación de salud y la Enseñanza de la Medicina en Latinoamérica"; el tercero, "La Autonomía universitaria y la Enseñanza de la Medicina", culminando su planteamiento en el cuarto subtema, el correspondiente a la Mesa Redonda, y que se refiere a las "Incidencias de las Políticas de Población en América Latina" dividido a su vez en los siguientes incisos: "Políticas de Población y Escuelas de Medicina; Políticas de Población y Agencias Internacionales; Políticas de Población y el Estado".

Hemos estado presentes en las Conferencias de Escuelas de Medicina desde la séptima que se escenificó en la Universidad del Zulia. Nos hemos percatado de que los diez años que median entre la preparación de aquella hasta la que hoy inauguramos, han sido de preocupación intensa por ligar la preparación y el ejercicio profesional del médico a las angustiosas carencias de las grandes masas populares. La tradición del médico elitista y explotador de los conocimientos adquiridos en nuestros planteles, ha sido criticada y combatida en todos los tonos. Se ha buscado orientar la medicina tanto en el sentido preventivo de la enfermedad como en el de servicio a la sociedad. Es por ello que en las Conferencias de la UDUAL se estudian los mismos aspectos del mejoramiento de los estudios que los de la concientización en el educando y los docentes respecto a la función social del médico. A una sociedad sanamente constituida correspondería una práctica médica generosa y funcional. Lo opuesto a las comunidades plagadas de contradicciones socioeconómicas y sujetas a las injustas situaciones de opresión. Aún la autonomía universitaria se tocará en esta reunión, por ser considerada la salvaguarda de las libertades que exigen las Casas de Estudios superiores para cumplir con sus objetivos insoslayables de aprendizaje, de investigación, de difusión y extensión culturales, sin las interferen-

cias de los grupos ni las fuerzas enemigas abiertas o encubiertas de la libertad de la inteligencia y de la justicia.

Hoy, en este recinto de la Universidad Autónoma de Puebla, complácenos sinceramente el sabernos partícipes de la decisión tomada por sus integrantes, de llevar al cabo la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Hemos marchado unidos en los trabajos de preparación y organización a partir del momento en que la X Conferencia aprobó en Santo Domingo que la Escuela de Medicina poblana fuera la sede del nuevo acontecimiento, lo que fue confirmado posteriormente por los directivos de Escuela y Universidad al tiempo que nuestro Consejo Ejecutivo, por su parte, otorgó el beneplácito para su realización. El camino transcurrido para llegar al presente momento, ha sido hecho en franca colaboración de ambas entidades.

Reconocer tal proceso hace honor a los compañeros de la Universidad Autónoma de Puebla y hay que sumar al mérito de su esfuerzo, el que acudieran a la preparación del evento las dos autoridades que prevee el Reglamento para estas Conferencias, y que son el Presidente y el Relator de la reunión inmediata anterior, la de Santo Domingo. Los tuvimos presentes en las reuniones preparatorias para aportar sus experiencias y dar continuidad de una a otra de las Conferencias. Reconocemos así el apoyo dado por el rector de la Universidad Autónoma de Puebla, ingeniero Luis Rivera Terrazas; el dinamismo de los doctores Víctor Manuel Sánchez Martínez y Rafael Valdés Aguilar y su equipo de la Escuela de Medicina, el consejo y orientaciones de los doctores José García Ramírez y Antonio Zaglul, de la Autónoma de Santo Domingo. Finalmente y de manera especial a los médicos que han aportado las ponencias básicas en torno de las que girarán las deliberaciones de esta XI Conferencia.

Réstanos hacer votos porque los trabajos y debates que habrán de desarrollarse en los próximos días, sean un "jalón" más en la lucha de los profesionales de la salud por alcanzar una superación profesional que contribuya a la consecución de una sociedad latinoamericana unida, integrada, poderosa y justa.

Dr. Pedro Rojas,  
SECRETARIO GENERAL a.i.  
DE LA UDUAL.



## **PALABRAS DEL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA, INGENIERO LUIS RIVERA TERRAZAS.**

"Estimados compañeros universitarios de América Latina. En primer lugar queremos manifestarles que esta Universidad Autónoma de Puebla considera un gran honor haber sido escogida como sede de esta XI Conferencia en la que se encuentran los más distinguidos representantes de la ciencia médica latinoamericana.

"En representación de la comunidad universitaria poblana y en nombre propio me permito darles la más cordial, afectuosa y fraternal bienvenida, deseándoles una estancia feliz en esta porción de tierra mexicana; al mismo tiempo hago votos por el éxito de los trabajos que van a emprender, los cuales indudablemente redundarán en beneficio de la enseñanza de la medicina en nuestros países.

"La Universidad Autónoma de Puebla tiene una larga y gloriosa tradición. En 1978 cumplió cuatrocientos años de servicio ininterrumpido. Ahora convertida en universidad democrática, crítica y popular se halla ligada a los problemas y luchas de nuestro pueblo. Por eso, los temas que ustedes van a tratar aquí, no nos son indiferentes y, de ahí, que los veamos con entusiasmo: problemas que son vivos y que están presentes en nuestro continente.

"Nuestro pueblo reclama soluciones y en esto reside la importancia de la UDUAL, ya que nos permitirá afrontar juntos estos problemas y buscar las soluciones, unas particulares, y otras comunes, según las circunstancias concretas de cada país.

"Por consiguiente tengo el honor de declarar inaugurada, hoy 30 de septiembre de 1979, la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL. Muchas gracias.



PRIMERA SESION PLENARIA

Lunes 1o. de octubre, 1979.

9:00 hs.



## **TEMA I**

### **INTEGRACION DOCENTE - ASISTENCIAL**

#### **I - RELACION ENTRE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA**

#### **II - POLITICA DE SALUD**

*Dr. Juan J. Ceballos Arrieta*  
*Rector*  
*Instituto Superior de Ciencias Médicas*  
*Santiago de Cuba,*  
*CUBA*



## INTRODUCCION

En la X Conferencia de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), celebrada en Santo Domingo, República Dominicana en noviembre de 1977, se definía, en la ponencia presentada por nuestro país, la integración docente-asistencial en los siguientes términos:

*"Es el proceso de interacción entre los docentes, los estudiantes y la sociedad, que tienen por objetivo principal el de efectuar la enseñanza-aprendizaje en condiciones reales y productivas".*

También se discutía en dicha reunión, que la denominación docente asistencial era inadecuada o insuficiente, pues no incluía la investigación científica, actividad sin la cual no puede existir una verdadera educación superior y se proponía, además que el término *asistencia* fuera sustituido por *atención*, ya que el primero se refiere sólo a los aspectos de recuperación y rehabilitación de la salud (con énfasis en recuperación) y el término *atención*, incluye los aspectos de promoción de salud y prevención de las enfermedades.

Pero ya sea con una denominación o con otra, con la investigación científica presente explícitamente o contenida implícitamente, la realidad es una sola: la formación de recursos humanos para el sector salud, depende directamente de cómo esta integración docente asistencial se comporte en cada hospital, policlínico, servicio, departamento, unidad o comunidad donde se brinde atención médica y se imparta docencia, pues, si malo sería que en estas unidades la atención médica no permitiera una correcta docencia, sería peor aún si la atención se subordinara a la docencia y fuera más importante enseñar que *promover, prevenir, curar o rehabilitar* la salud.

Para nosotros, docencia-atención médica, son términos y acciones íntima-

mente relacionadas y en equilibrio constante. Tenemos muy presente en nuestro diario trabajo que la atención al paciente, la familia o la comunidad es de primerísima importancia y no podemos permitir que una óptima docencia esté condicionada a una deficiente atención médica.

Es de todos conocido que en nuestro país se está desarrollando desde hace veinte años, una profunda revolución social que ha determinado que las riquezas naturales y los medios de producción, pasen a poder del pueblo trabajador, con lo que se inicia la construcción de una sociedad socialista. En los últimos años, el proceso revolucionario de nuestro país ha entrado en una fase de institucionalización, teniendo como máxima expresión de esta nueva fase, la aprobación de la actual Constitución en referéndum nacional, la cual en algunos de sus artículos expresa lo siguiente:

*“El Estado socialista, como poder del pueblo, en servicio del propio pueblo, garantiza:*

*- Que todo hombre o mujer -en condiciones de trabajo-, tenga la oportunidad de obtener un empleo con el cual pueda contribuir a los fines de la sociedad y a la satisfacción de sus propias necesidades.*

*- Que toda persona incapacitada para el trabajo, tenga medios decorosos de subsistencia.*

*- Que todo enfermo tenga atención médica.*

*Que todo niño tenga escuela, alimentación y vestido.*

*- Que todo joven tenga oportunidad de estudiar.*

*- Que toda persona tenga acceso al estudio, la cultura y el deporte.*

Con respecto a la educación y cultura, plantea en su Art. 37:

*“El Estado orienta, fomenta y promueve la educación, la cultura y las ciencias en todas sus manifestaciones”.*

*“La enseñanza es función del Estado. En consecuencia, los centros docentes son estatales. El cumplimiento de la función educativa constituye una tarea en la que participa toda la sociedad y se basa en las conclusiones y aportes de la ciencia y en la relación más estrecha del estudio, con la vida, el trabajo y la producción”.*

*“La enseñanza es gratuita. El Estado mantiene un amplio sis-*

*tema de becas para los estudiantes y proporciona múltiples facilidades de estudio a los trabajadores, a fin de alcanzar la universalización de la enseñanza”.*

*“La actividad creadora e investigativa en la ciencia, es libre. El Estado estimula y viabiliza la investigación y prioriza la dirigida a resolver los problemas que atañen al interés de la sociedad y al beneficio del pueblo”.*

*“El Estado, a fin de elevar la cultura del pueblo, se ocupa de fomentar y desarrollar la educación artística, la vocación para la creación y el cultivo del arte y la capacidad para apreciarlo”.*

Para realizar estos principios, se combinan la educación general y las especializadas de carácter científico, técnico o artístico con el trabajo, la investigación para el desarrollo, la educación física, el deporte y la participación en actividades políticas, sociales y de preparación militar.

Con respecto a la salud, nuestra Constitución plantea:

*“Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho:*

*- con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado;*

*- con la prestación de asistencia estomatológica gratuita;*

*- con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población, a través de las organizaciones sociales y de masa”.*

Hemos citado algunos de los principios que rigen nuestra sociedad, recogidos en la Constitución de la República, con el fin de puntualizar desde esta introducción, aquellos aspectos que tan íntimamente están relacionados con el tema central de esta conferencia: LAS RELACIONES ENTRE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA Y EL ESTADO.

Desarrollaremos a continuación, estos aspectos en Cuba en el momento actual.



## POLITICA DE SALUD

Sobre la base de los conceptos y fundamentos sociopolíticos que rigen en nuestra sociedad, se organizó en el país un Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de hacer efectivos los mismos, al objeto de mantener y elevar permanentemente el nivel de salud de la población. Este sistema se ha desarrollado sobre la base de los siguientes principios:

### *1.- La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado*

El reconocimiento del derecho a la salud, no puede tener vigencia efectiva si paralelamente el Estado no asume la responsabilidad de asegurar los servicios necesarios a todos los habitantes del país. Todos los servicios de salud son gratuitos.

### *2.- Los servicios de salud deben tener la mayor accesibilidad para toda la población*

Esto es posible en la medida en que se alcanza una cobertura completa de servicios para todo el país, desde el punto de vista geográfico, legal, económico y cultural.

La cobertura geográfica está asegurada mediante una red de servicios distribuida racionalmente en todo el territorio, con unidades de distinto nivel de complejidad coordinadas entre sí, que forman un sistema regionalizado de servicios.

La cobertura también está garantizada con una legislación que ampara el derecho pleno de la población al uso de los servicios, sin discriminación política, religiosa, racial o de cualquiera otro tipo.

La elevación del nivel de educación y en especial en relación con la salud, son factores que han contribuido a favorecer la percepción del proceso sa-

lud-enfermedad y estimula el uso de los servicios por parte de la población, lo que redundará en una mayor efectividad de la cobertura.

### **3.- *Los servicios de salud tienen un carácter integral***

Los servicios incluyen a la atención médica a las personas y la atención al medio. La atención médica va dirigida al individuo sano o enfermo como unidad biopsicosocial e incluye acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, e insiste en las actividades de prevención y educación para la salud.

La atención al medio físico, biológico y social, incluye la higiene ambiental, la protección del ambiente natural y todas aquellas actividades dirigidas a crear mejores condiciones sociales, favorables al desarrollo pleno del individuo viviendo en comunidad.

### **4.- *El trabajo se debe realizar en equipo***

Las actividades de salud se llevan a cabo mediante equipos y colectivos de trabajo de integración multidisciplinaria, que desarrollan su labor en forma cooperativa, con unidad de propósitos, objetivos comunes definidos y a través de acciones interdisciplinarias.

### **5.- *Las actividades de salud son planificadas***

En cumplimiento de la finalidad del Sistema, de acuerdo con los fundamentos y principios establecidos, las actividades no se pueden llevar a cabo mediante acciones espontáneas. Requieren, por el contrario, que las mismas se planifiquen mediante un proceso continuo que se traduzca en planes a largo, mediano y corto plazo. Las acciones se integran en un conjunto de actividades que constituyen los programas básicos de salud, con normas generales establecidas en el nivel central y que son comunes para todas las instituciones. Los objetivos específicos para cada lugar, varían de acuerdo con sus necesidades locales, las condiciones del medio y la disponibilidad de recursos humanos y materiales.

### **6.- *La comunidad debe participar activamente en todas las actividades del Sistema de Salud***

Todo proceso revolucionario promueve, descansa y se fortalece en un gigantesco movimiento de masas.

La aplicación de la línea de masas en el campo de la salud pública, se hace posible mediante el contacto de todos los niveles con las organizaciones surgidas para el encauzamiento del movimiento popular y, de modo principal, por el que se establece entre estas organizaciones de masa y sociales y

las unidades de atención médica primaria de los servicios de salud local: el policlínico en zonas urbanas, el hospital rural en zonas rurales.

El organismo rector de la salud del país, es el Ministerio de Salud Pública. En el Sistema Nacional de Salud se han integrado todas las organizaciones o empresas que antes del triunfo de la revolución, en forma oficial, de beneficencia o privada, realizaban actividades de salud, incluyendo además la producción de medicamentos e instrumental médico, su distribución, los servicios de asistencia social, los balnearios minero-medicinales, la Cruz Roja y otras que no existían antes del 1.º de enero de 1959 y que se han creado y desarrollado en estos años.

En el Sistema Nacional de Salud en Cuba, hay tres niveles de atención médica integral, que son:

- Atención médica primaria
- Atención médica secundaria
- Atención médica terciaria

El concepto de atención médica en nuestro sistema de salud, corresponde tanto al relacionado con la atención que se brinda a las personas sanas o enfermas, como a las acciones relacionadas con el control del medio ambiente en donde las personas desarrollan las distintas actividades de su vida.

## RECURSOS HUMANOS

La formación de los recursos humanos en Cuba, es responsabilidad fundamental del Sistema Nacional de Educación. La importancia que se da a la educación en nuestro país y su contenido, vienen dadas por el carácter socialista de la revolución. La extensión masiva de la enseñanza sobre bases rigurosamente científicas constituye, tanto una legítima aspiración de nuestro pueblo, como una necesidad objetiva de la construcción de la nueva sociedad.

La formación de los recursos humanos para la salud, constituye una responsabilidad del Ministerio de Salud Pública de acuerdo con los principios del plan único de desarrollo económico y social del país y cumpliendo las orientaciones metodológicas de los organismos responsables del sector educacional (Ministerio de Educación Superior y Ministerio de Educación).

Dadas las características de nuestro Sistema Nacional de Salud, vinculado a la planificación nacional dentro del plan único de desarrollo económico-social, la supervisión y control de todos los aspectos relacionados con los recursos humanos para la salud, constituye una actividad importante. En este control se incluyen también los aspectos vinculados a su formación, como la especialización y superación mediante la educación continuada. Estas tareas se realizan en forma descentralizada en las distintas unidades del Sistema Nacional de Salud, que por reunir las condiciones adecuadas, han sido acreditadas para estos propósitos, según las normas nacionales vigentes. De igual forma, los programas en que se basan su formación, especialización y superación, son de carácter nacional y están sujetos a continuas revisiones por comisiones designadas al efecto.

Los Institutos Superiores de Ciencias Médicas, creados en 1976 a partir de las antiguas Facultades y Escuelas de Medicina, tienen la función específica de formar los médicos, estomatólogos y licenciadas en enfermería que la planificación del país demanda. Los institutos pertenecen al Ministerio de Salud Pública, aunque también se encuentran subordinados al Ministerio de Educación Superior para todas las cuestiones metodológicas, aunque vale destacar que el Ministerio de Salud Pública es el encargado de elaborar los planes y programas de estudio, designar las comisiones que elaboran los libros de texto, aplicar la Ley de Categorías Docentes para todo el personal que labora en sus centros e imparte docencia, acreditar una unidad como docente, definir qué tipo de profesional necesita el país para el sector salud, etc. Estas actividades las dirige y controla el Viceministro Primero encargado de la docencia, con el asesoramiento de un Gabinete Central Docente Metodológico, el cual está integrado por los más prestigiosos y capaces educadores médicos del país sobre los que descansa tan alta responsabilidad.

Existe un Consejo de Rectores, dirigido por el Viceministro Primero donde se controla el cumplimiento de la política de formación de médicos generales, estomatólogos y licenciadas en enfermería.

Como se puede apreciar, en nuestro país donde la formación de recursos humanos es responsabilidad fundamental del Sistema Nacional de Educación, la formación de dichos recursos para el sector salud está descentralizada al Ministerio de Salud Pública.

En el año 1976, las antiguas facultades y escuelas de Medicina que pertenecían a las universidades, fueron transformadas en los actuales Institutos Superiores de Ciencias Médicas, verdaderas universidades especializadas con la función específica de formar profesionales para la salud. En un Instituto pueden existir tantas facultades como matrícula exista; así vemos

que el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana tiene cuatro facultades de Medicina, una de Estomatología y está desarrollando la Facultad de Enfermería. Nuestro Instituto en Santiago de Cuba, tiene dos facultades de Medicina de 1 300 estudiantes cada una y una Facultad de Estomatología de 600 estudiantes.

La dirección de un instituto la ejerce un Rector, auxiliado por varios vice rectores; la dirección de una facultad la ejerce un Decano auxiliado por varios vice decanos.

Todas las unidades del sector salud debidamente acreditadas como docentes, son parte integrante de la facultad y del instituto y su personal asistencial, es a la vez, el profesorado que forma a nuestros estudiantes.

Para lograr una adecuada integración docente-asistencial o asistencial, es necesario considerar dos aspectos fundamentales: primero, el reconocimiento pleno del hombre como tal; y segundo, una adecuada planificación de todas las actividades a realizar en los policlínicos, salas de hospitales, laboratorios, comunidad, etc.

La carrera de Medicina en Cuba tiene seis años de duración, correspondiendo el último año al internado. El actual plan de estudios vincula al alumno desde el primer año a la atención médica, a nivel de policlínico comunitario integrándose al equipo de salud y relacionándose con las distintas áreas problemas. Estas actividades se mantienen hasta el 2o. año y reciben el nombre de prácticas de familiarización. A partir del 3er. año, además de las actividades propias del policlínico, se le adicionan las actividades hospitalarias de distinto tipo, incluyendo pases de visita a las salas, discusiones diagnósticas y terapéuticas, estancia en salones de operaciones, etc.

Para lograr los objetivos educacionales y una óptima atención médica, debe existir una planificación muy minuciosa de todas las actividades de los docentes, que son a su vez, los encargados de brindar la asistencia médica. Esto se logra con la aplicación del Plan de Trabajo Único (PTU), en el cual se incluyen la variada gama de actividades o procedimientos a realizar por cada docente, guiándose por una serie de normas que regulan sus horas anuales por actividad y que es la siguiente:

	Horas anuales
Para trabajo docente .....	250-350
Para trabajo docente-asistencial .....	450 - 750
Para trabajo metodológico .....	100 - 400
Para preparación actividades lectivas .....	Hasta 200
Para trabajo de investigación .....	200 - 300
Para superación científico-pedagógica .....	200 - 300
Para trabajo educativo .....	Hasta 150
Para trabajo de organización docente.....	50 - 150
Para administración-asesoría .....	200

Por supuesto, estas normas varían según la categoría docente que ostente el profesional. La anterior corresponde a un Profesor Titular. En nuestro país existen cuatro categorías docentes principales, que son:

- Profesor Titular
- Profesor Auxiliar
- Asistente
- Instructor

y dos categorías complementarias:

- Instructor auxiliar
- Auxiliar técnico de la docencia

Es sin dudas, el trabajo docente-asistencial el método que más se ha desarrollado en el proceso de enseñanza-aprendizaje en Medicina, en donde se utilizan en forma alternante varios procedimientos para obtener informa-

ción, ganar habilidades (manuales e intelectuales) y conductas apropiadas en el manejo de los individuos o de las colectividades.

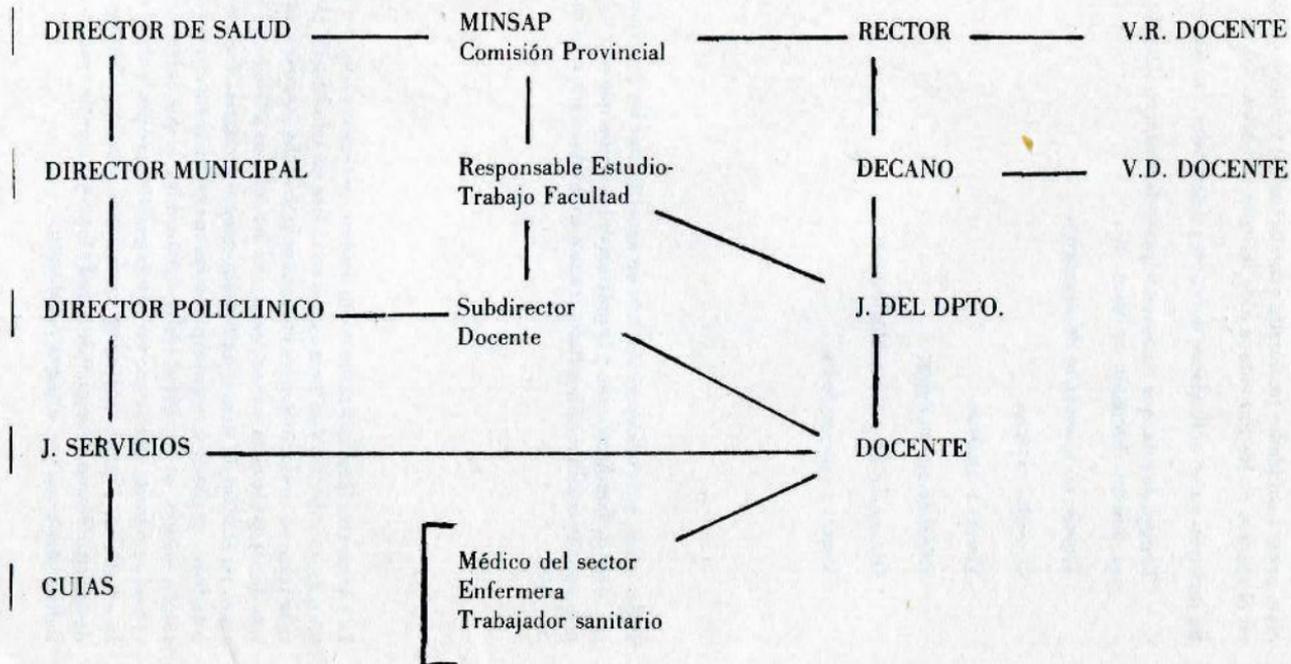
**Se incluyen como actividades docentes-asistenciales, las siguientes:**

- Trabajo de sala, que comprende pases de visita, confección de historias clínicas, discusión de casos, etc.
- Trabajo en el servicio de urgencias.
- Consulta externa.
- Visitas a hogares.
- Salón de operaciones.
- Obtención de guías ecológicas.
- Visitas a comunidades.

Todas estas actividades se realizan de acuerdo con los programas de las prácticas de familiarización y la práctica de servicios, que es la variante del principio de combinación estudio-trabajo en la educación médica en nuestro país.

La práctica de familiarización como dijimos, se realiza en los dos primeros años de los estudios y se lleva a cabo en el área de salud donde el estudiante se pone en contacto con los programas básicos del área de salud. La práctica de servicios es la que se realiza del 3er. año en adelante y tiene lugar tanto en el nivel de atención primaria como secundaria, de manera que el estudiante desde el momento que inicia sus estudios superiores en la educación médica, se vincula al trabajo atencional, lo que culmina con el internado rotatorio que es una verdadera práctica pre-profesional con todas las exigencias de carácter laboral, profesional, social y político que demanda nuestro Sistema Nacional de Salud y la proyección de ayuda internacionalista planteada por nuestra revolución.

La organización de las prácticas de familiarización y servicios, se muestran en el siguiente esquema:



## CONCLUSIONES

Hemos ofrecido una visión rápida de nuestro Sistema de Salud y su formación de recursos humanos, cómo se comporta la integración docente-atencional en Cuba y los mecanismos que usamos para lograrlo. Sólo nos resta señalar que desde 1959 hasta 1978, en nuestro país se han formado 13 225 médicos, 2 272 estomatólogos y 69 616 técnicos medios de la salud.

La relación médico-paciente es actualmente de 1 por 800 habitantes y en estos momentos, 13 000 jóvenes se encuentran matriculados en los distintos Institutos Superiores de Ciencias Médicas del país.

Ciudad Habana, Cuba,  
setiembre de 1979



## PONENCIA OFICIAL

### TEMA I

#### INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

#### PONENCIA DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA.

##### Introducción

Históricamente la enseñanza de la medicina ha estado vinculada a la atención de los enfermos. Con el transcurso del tiempo, esta relación de enseñanza-servicio ha sufrido cambios en la medida en que la medicina se ha desarrollado como ciencia y la práctica médica se ha transformado, en especial a partir de los avances en la atención hospitalaria a fines del siglo XVIII.

La concepción más aceptada actualmente de la Integración Docente-Asistencial, señala la participación temprana y equilibrada del estudiante en todos los niveles de atención, con predominio en las actividades de atención primaria y con un trabajo más o menos prolongado en relación directa con el hospital o centros de salud de la comunidad, complementado con temporadas breves en hospitales especializados.

Es evidente que una excelente atención al paciente repercute en el nivel de enseñanza y que una buena enseñanza traerá como consecuencia una ~~una~~ mejor atención al enfermo. (1)

La integración Docente-Asistencial permite confrontar la teoría con la práctica, el estudio con el trabajo y además relaciona el sistema de formación de recursos de salud (principalmente escuelas de medicina), con el sistema de prestación de servicios de salud.

En otras palabras, pone en relación no exenta de contradicciones a la universidad con el Estado.

La Integración Docente-Asistencial en nuestro país confronta múltiples y variadas dificultades que revelan una gran desvinculación entre las escuelas de medicina y las instituciones de salud existentes en México.

Difícilmente podemos analizar con objetividad el problema de la Integración Docente-Asistencial en México si no tomamos en consideración la concepción dominante del fenómeno salud-enfermedad, la práctica médica dominante, la política de salud del Estado mexicano y problemas que tienen que ver con las Escuelas de medicina.

## CONCEPCION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Hoy muchos conciben a la salud y a la enfermedad como dos fenómenos biológicos diferentes en que uno excluye al otro, de ahí la definición de salud de la O.M.S. ampliamente aceptada, enseñada y difundida de que "la salud es el estado de completo bienestar físico y mental" y no sólo la ausencia de enfermedad.

En realidad, el binomio salud-enfermedad es un proceso de unidad dialéctica, dos aspectos de un mismo fenómeno, la vida.

No podemos separar la enfermedad de la salud, pues aquella se gesta en esta última. Por otra parte, en el organismo del individuo enfermo tienen lugar una serie de reacciones tendientes a restaurar la salud y adquirir una posterior resistencia.

De acuerdo con este orden de ideas, no existe una persona totalmente enferma o totalmente sana.

El proceso salud-enfermedad tiene una clara connotación biológica, pero simultáneamente otra no tan evidente de carácter ideológico.

La mera presencia de un fenómeno biológico anormal no basta para reconocer la enfermedad; es necesario tomar en cuenta no sólo los aspectos biológicos, sino también aspectos económicos, sociales y culturales que gravitan sobre el individuo.

El pensamiento médico que comienza a desarrollarse a mediados del siglo pasado bajo el impacto de los descubrimientos de la física, la química y la biología y con la derrota de la corriente socio médica, se ve influido y guiado por concepciones ideológicas particulares exaltadoras de las ciencias naturales y el individualismo. (2)

Esta concepción ideológica particular del proceso salud-enfermedad ha influido en la adopción de un modelo de atención de salud predominantemente hospitalaria, donde el énfasis se pone en la curación individual uti-

lizando en la terapia medicamentos y procedimientos tecnológicos sumamente costosos.

- Nadie discute los beneficios que se han cosechado en la atención del paciente con los avances de la alta tecnología médica, pero deben tomarse medidas puesto de que la adopción de este modelo trae como consecuencia entre otros la fragmentación en la atención del hombre y la pérdida de la perspectiva de la enfermedad como un fenómeno colectivo.

En este modelo de atención médica, la integración Docente-Asistencial se da en el ámbito del hospital de enseñanza, lo cual coloca en cierto modo en contradicción el propósito de las escuelas de medicina de formar médicos generales y la tendencia a la especialización que genera la práctica hospitalaria debido a la fragmentación en la atención del paciente, propio de las especialidades y subespecialidades médicas, sin contar que la patología que ahí se atiende (3) no es la más frecuente y además se ve en fase terminal.

Todo ello contribuye a la desadaptación y frustración de los médicos cuando tienen que ejercer en una realidad diferente y sin los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento propios de los grandes hospitales.

Con todo, no se trata de eliminar la práctica hospitalaria que históricamente ha mostrado también ventajas y sin la cual es evidente que ciertas habilidades y destrezas importantes para la práctica clínica del médico no se pueden aprender. (4)

## LA PRACTICA MEDICA EN MEXICO

Lo más característico del sistema de atención de salud, en la existencia de diversas instituciones que en la práctica funcionan sin coordinación entre sí, con una distribución desigual de los servicios y recursos que resultan del abandono y marginación de grupos sociales de menor importancia económica. (5)

Otro elemento más o menos característico del sistema de atención de salud de nuestro país es la utilización de los servicios como mecanismos de manipulación y control político, que en diversas circunstancias vienen siendo utilizados en zonas donde existen grupos potencialmente conflictivos, como en el caso de los "candelilleros" en los estados de San Luis Potosí y Zacatecas y el de los henequeneros en Yucatán. (6)

- Hay tres subsistemas principales para atender los problemas de salud de la población.

A. El estatal y paraestatal representado principalmente por la S.S.A., I.M.S.S. e I.S.S.S.T.E.

## B. La medicina privada.

## C. La medicina tradicional.

- La Secretaría de Salubridad y Asistencia es por ley la institución encargada de velar por la salud del pueblo mexicano; sin embargo, sus hospitales y su red de centros de salud cuentan con recursos tan escasos que no pueden atender sino una pequeña parte de la población marginada de las instituciones de seguridad social. Su función es más bien la de controlar ciertos riesgos de salud, que por su carácter tienen que ser combatidos a nivel global, como son el control de enfermedades transmisibles, de la contaminación ambiental, etc.

Con todo, la S.S.A. es la única institución médica del país que se dirige a toda la población y por lo menos en el papel, se orienta por doctrinas que identifican la salud y la enfermedad como un problema colectivo y que antepone la prevención a la curación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), fundado en 1943, constituye junto con el ISSSTE la parte más importante de la medicina institucional del país. Cuenta con un presupuesto que es aproximadamente 20 veces mayor que el de la S.S.A., para atender al 30% de la población, empleando el 40% de los médicos.

Los derechohabientes de esta institución son principalmente trabajadores sindicalizados del sector público y privado, que se caracterizan por su importancia económica y política para el régimen.

En los últimos años, el IMSS ha hecho algunos esfuerzos por llegar a sectores campesinos especialmente conflictivos y tradicionalmente marginados de la seguridad a través de las clínicas de solidaridad.

El IMSS., a pesar de ser una conquista de los trabajadores, cumple la función de garantizar el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo y, por lo tanto, es una institución que permite a los empresarios disponer de trabajadores en aceptables condiciones físicas, sobre todo de trabajadores calificados.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue fundado en 1960 durante la gestión del licenciado Adolfo López Mateos como Presidente de la República, para atender a los trabajadores al servicio del Estado y sus familias. Es la institución de seguridad social que dispone de más recursos económicos para la atención de pacientes. (7)

## MEDICINA PRIVADA

- Agrupa casi la mitad de los médicos para atender el 15% de la población que puede pagar a un facultativo.
- Adopta la forma clásica de prestación de servicios de tipo mercantil; no compete con la medicina oficial más bien, se sirve de ella.

## MEDICINA TRADICIONAL

- Los 20 millones de mexicanos que permanecen al margen de los sistemas de salud existentes son pacientes de la medicina tradicional popular, atendidos por empíricos, yerberos, hueseros, etc. Estos grupos sociales no han alcanzado una organización social y política que les permita lograr reivindicaciones en materia de salud. También carecen de importancia económica para el régimen, puesto que no laboran en ramas significativas de la economía capitalista; por lo tanto, ni siquiera importa al Estado su mantenimiento y reproducción como fuerza de trabajo.

## LAS ESCUELAS DE MEDICINA Y LA INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

- La democratización de las universidades ha contribuido de manera importante a un fenómeno que se ha vuelto particularmente agudo en las escuelas de medicina: la masificación de la enseñanza.

La afluencia de miles de estudiantes a las escuelas de medicina gravita sobre las instituciones de salud, cuyos hospitales son insuficientes para recibir a todos los alumnos. Se llega a situaciones extremas como el hecho de que trabajen varios estudiantes con un enfermo, lo que les impide un adecuado aprendizaje de la clínica, sin contar que ello acarrea molestias al paciente.

Por otro lado, la autonomía es en cierto modo un obstáculo para una mayor integración, o por lo menos coordinación con las instituciones de salud, ya que no es posible la planificación de la educación médica en función de la asistencia que prestan dichas instituciones.

Otra dificultad que obstaculiza una buena Integración Docente-Asistencial deriva de que la mayoría de las escuelas no tienen claro el tipo de médico que necesita el país y debido en buena parte a ello el contenido de la enseñanza en dichas escuelas se orienta hacia la especialización, adopta acríticamente modelos de otros países y tiende a la fragmentación del conocimiento del ser humano, no sólo por la separación de los aspectos psicosocioculturales incluidos en el proceso de salud a enfermedad, sino tam-

bién en lo que se refiere a los aspectos biológicos, en que el estudio del organismo es fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, en cuya enseñanza participan básicamente especialistas.

Entre las escuelas de medicina y el sistema de atención de salud existe una vinculación ideológica importante, ya que el producto final de la enseñanza, el médico, es preparado para funcionar dentro de ese sistema de atención y no en otro. Sin embargo, el hecho de que las escuelas conserven una independencia relativa y un grado variable de autonomía respecto del sistema de atención, permite la búsqueda de nuevas alternativas para la enseñanza que eventualmente puede incidir en la manera de organizar y proporcionar los servicios. (8)

## CONCLUSION

La Integración Docente-Asistencial en México adolece de grandes deficiencias, mismas que tienen que ver fundamentalmente con la concepción dominante del proceso salud-enfermedad, con el modo en que está estructurada la práctica médica, la política de salud del Estado mexicano y con problemas inherentes a la autonomía, masificación y contenido de la enseñanza en las escuelas de medicina.

Es indudable que lograr una Integración Docente-Asistencial aceptable es una tarea difícil y a largo plazo, que implica realizar modificaciones profundas al sistema de atención de salud, integrar en un sólo sistema las diversas instituciones que hoy existen en el país, ampliar la cobertura de atención a toda la población, anteponer la prevención a la curación, concebir el problema salud-enfermedad como un fenómeno colectivo y no individual dentro de un contexto socioeconómico y biológico, para poder actuar en contra de sus causas determinantes y no tan sólo sobre sus manifestaciones biológicas.

Estos cambios requieren de una transformación profunda de la sociedad. Sin embargo, tal situación no nos debe llevar a adoptar posiciones extremas en el sentido de que nada puede hacerse mientras tanto. (9)

Las escuelas de medicina del país deben aunar esfuerzos, luchando y exigiendo, para lograr una mayor coordinación con el Estado a través de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (A.N.U.I.E.S.) y la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (A.N.F.E.M.) que de la posibilidad de una utilización más racional para la enseñanza, no sólo de los hospitales, sino también de los centros de salud, policlínicas, clínicas periféricas, casas de salud, etc.

## BIBLIOGRAFIA

1. RODRIGUEZ RIVERA, LUIS. *Criterios y mecanismos para la Integración Docente-Asistencial*. Ponencia X Conferencia de Escuelas y Facultades de Medicina.
2. SAN MARTIN, HERNAN. *Salud y enfermedad*. La Prensa Médica Mexicana. 2a. Edición.
3. LAURELL, CRISTINA. *Medicina y capitalismo en México*. Cuadernos políticos No. 5 Julio-sept. 1975.
4. FERREIRA, JOSE ROBERTO. *Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica*, Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.A.S.D. No. 1 agosto de 1977.
5. CHAVEZ, IGNACIO. *La educación de un clínico*. Memorias XXV Aniversario Hospital Central de San Luis.
6. VALDEZ AGUILAR, RAFAEL. *Los problemas de la educación médica en México*. Ponencia para el Congreso Interno de la Escuela de Medicina de la U.A.P.
7. BLANCO GIL, JOSE. *La práctica médica y la enseñanza de la medicina*. Ponencia para el Congreso Interno de la Escuela de Medicina de la U.A.P.
8. GAMBOA, IVANHOE. *Formar un médico*. U.A.P. 1977.
9. RODRIGUEZ ARGUELLES, JUAN. *Función de los servicios de salud en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud*. Memorias de la 1a. Convención Nacional de Salud.
10. VAZQUEZ ARAUJO, JESUS. *Formación y desarrollo de profesionales de la medicina en México*. Memorias de la 1a. Convención Nacional de Salud.
11. GARCIA C., JUAN. *La educación médica en la América Latina*. O.P.S./O.M.S. 1972.
12. THE USE OF HEALTH SERVICE FACILITIES IN MEDICAL EDUCATIONAL. WORLD HEALTH ORGANIZATION TECHNICAL REPORT SERIES No. 355 GENOVA 1967.



**SEGUNDA SESION PLENARIA**

Lunes 1o. de octubre, 1979.

16:00 hs.



UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

TEMA II

LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA  
MEDICINA EN AMERICA LATINA

Por Octavio Rivero Serrano (México)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL, México, 1979



# LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA ' 7

Por Octavio Rivero Serrano "

## Introducción

La atención a la salud y la enseñanza de la medicina son dos partes fundamentales de un todo que no pueden desvincularse, a reserva de perder su esencia. Los medios y la condición para alcanzar niveles óptimos de salud de una población, influirán decisivamente en el tipo de médico que esa sociedad requiera.

Para esta ocasión, he dividido el tema en tres capítulos. El primero se refiere al concepto de salud, tanto individual como colectiva, su relación con los estratos económicos, las perspectivas para mejorarla. Entre las opciones para su atención me referiré a la medicina general como práctica fundamental.

En el segundo capítulo describiré los diversos niveles de atención médica, las ideas acerca de un sistema nacional de atención a la salud y de cómo debe estar coordinado. Asimismo, me referiré a la formación de técnicos para la salud y su significado.

En el tercer capítulo que he llamado "La Universidad y la atención a la salud", presento algunas alternativas en la enseñanza de la medicina -que actualmente estamos aplicando en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México- fundamentadas en las tendencias históricas para la enseñanza de ésta., haciendo hincapie en el concepto docencia servicio, en la integración docente-asistencial, en la trascendencia de la investigación biomédica para una escuela de medicina, en lo que significa para nosotros la formación del alumno -de las acciones de tipo cultural que contribuyen a ello-; así como las acciones de extensión universitaria que procuran no sólo la enseñanza de los estudiantes, sino también la educación para la salud de la población en general.

Ponencia oficial del Tema II. con el mismo nombre, en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, a celebrarse los días del 30 de septiembre al 5 de octubre de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

" Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México.

### *El concepto de salud*

Se acepta en la actualidad que salud no sólo es ausencia de enfermedad. Salud significa, además, un estado de bienestar que se logra en un individuo o en una colectividad cuando existe armonía de condiciones favorables de existencia biológica, psicológica y social en que este individuo o la comunidad se desenvuelven. El concepto de salud, en esta magnitud, tiene importancia porque durante mucho tiempo se preparó al médico para atender la pérdida de salud, fundamentalmente, siendo ésta una preparación incompleta. Si nos atenemos al concepto de salud que hemos enunciado anteriormente, tendremos que aceptar que en la formación de los médicos, en su trabajo y en el ejercicio mismo, deben estar presentes en forma proporcional los conocimientos necesarios para poder atender tanto a los sujetos que enferman, como para que esté capacitado en el desarrollo de acciones que mantengan la salud de los individuos y de la comunidad.

Una de las principales preocupaciones del médico moderno deberá ser desarrollar, además de los conocimientos diagnósticos y terapéuticos, destrezas y actitudes que sirvan para conservar la salud y para prevenir las enfermedades. Este concepto -el médico además de buen curador debe comprender las ventajas y el gran valor en costo-beneficio de la medicina preventiva, y con su actitud procurará sostener la salud de aquellos a quienes tiene a su cuidado- debe considerarse uno de los adelantos más importantes de la medicina en los últimos años.

Es importante aclarar que el concepto anterior no es un trueque. No se trata de cambiar el médico curador por el médico que previene. No es cambiar los grandes adelantos de la medicina biomédica por la medicina social; es un enriquecimiento del concepto del médico y de la medicina misma. Justamente, del conocimiento de lo que son las enfermedades, de lo que deteriora a un individuo, a una familia y a una sociedad, es de donde parten los esfuerzos del médico para tratar de preservar la salud y de prevenir las enfermedades en los individuos o en las comunidades.

### *Salud individual y colectiva*

Durante muchos años el entrenamiento del médico se dio preferentemente para conocer, analizar y resolver el problema de la salud del hombre, considerado como un individuo de manera singular. De esta forma, en los siglos anteriores, el médico fue no sólo primordialmente curador, sino además un médico que pensaba únicamente en los individuos con los cuales se relacionaba. En la época actual, y desde hace varias décadas, el concepto fundamental es ampliar el campo de acción del médico, para que no pien-

se sólo en la salud y en la enfermedad del individuo a su cuidado, sino que piense también en la salud y en la enfermedad de la colectividad.

Además, y este es un concepto que completa lo mencionado en el párrafo anterior, no es posible pensar que puedan separarse el médico preventor de enfermedades del médico curador de las mismas. Esta división en áreas artificiales del quehacer médico ha dado por resultado que no se integren los conocimientos de un médico y se piense que, en ciertos casos, son acciones si no contrarias pero que por lo menos deben ser desarrolladas por individuos distintos. (1)

El buen médico es aquél que comprende los aspectos necesarios para la preservación de la salud del individuo y de la comunidad, el que toma las medidas preventivas para evitar que enferme el individuo en la comunidad, por un lado; por el otro, debería ser capaz de curar al individuo enfermo o a la comunidad enferma.

### *Estratos socioeconómicos y salud*

En la actualidad es aceptado por todos que ciertos fenómenos de enfermedad, individual o colectiva, tienen como relación y causa no solamente problemas biológicos que puedan explicar su origen, sino muchos de ellos se deben a las condiciones socioeconómicas en la que el individuo se desarrolla y en la que una comunidad existe.

De forma tal que para comprender mejor el fenómeno enfermedad y para encontrar caminos que lo eviten en los individuos o en las comunidades, es indispensable comprender que muchas de las enfermedades que padece la sociedad latinoamericana actual no derivan fundamentalmente de problemas biológicos sino de problemas económicos y sociales, relacionados principalmente con el ingreso económico y el nivel social en que vive gran parte de la población. Esto nos lleva a comprender de inmediato que, en muchos casos, no son medidas propiamente médicas las que pueden resolver los problemas de salud y enfermedad; puesto que son, básicamente, los cambios en la estructura económica y social con los que se puede lograr la mejoría para estas comunidades, y a través de ellos se puede plantear en mejor posición la solución de sus problemas de enfermedad individual o colectiva.

Todo el que conoce la problemática de las zonas rurales o marginadas en países como el nuestro, las cuales se repiten en mayor o menor grado en diversos países de América Latina, encontrará que lo primero que necesitan antes de pensar en servicios médicos es el cambio de las condiciones socioeconómicas que repercute de manera definitiva en el entorno ecológico en las que viven estas comunidades, condiciones que es necesario modificar antes de pensar que los servicios médicos pueden ser la solución.

En cuanto mejoren las condiciones de la comunidad en aspectos como vivienda, agua potable, comunicaciones, áreas de recreación e higiene en general, se darán las condiciones de vida propias para un desarrollo adecuado de las acciones preventivas y curativas con las cuales se enfoque la atención a la salud de estas comunidades, siendo predecibles mejores resultados con este esquema que utilizando el razonamiento simplista de proporcionar un médico por cada mil habitantes.

### *Perspectivas para mejorar la salud*

**Opciones.** Para comprender mejor el esquema con el que cualquier país puede desarrollar acciones tratando de mejorar la salud de las comunidades, vale la pena estudiar un planteamiento basado en las necesidades de atención a la salud que ya se ha hecho clásico. En el estrato básico del esquema, el más amplio de todos, está la medicina general -medicina de contacto primario-; en la parte intermedia, la medicina de segundo nivel, que está dada por las cuatro especialidades fundamentales: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría; y en la tercera parte, la medicina de las diferentes especialidades o subespecialidades que comprende sólo el quince por ciento de las acciones médicas en la actualidad.

Hasta la fecha, parece bien claro que la parte inferior de este esquema puede ser todavía dividido en varios estratos básicos, en los cuales debe sustentarse la acción médica, en todos sus niveles. La atención médica por el médico general no puede existir si no existe una infraestructura sobre la cual descansa -indispensable además para la vida de una comunidad-, y que comprende empleo, educación para la salud, higiene comunitaria familiar e individual, etcétera; situaciones que tienen estrecha relación con las condiciones socioeconómicas de una comunidad. Quiere decir esto que para que el planteamiento y desarrollo de acciones médicas de atención a la salud en una comunidad sean útiles y rentables, se necesita primero esta infraestructura básica. Cuando ésta no existe, es conveniente que además del desarrollo de estructuras que procuren atención médica de la salud, antes o al mismo tiempo, se implanten programas que propicien la obtención de las condiciones antes enunciadas. (2)

### *La medicina general como práctica fundamental de atención a la salud*

Si en las comunidades se dan las condiciones básicas para una vida individual y comunitaria satisfactoria, la medicina general puede ser una opción muy importante como mecanismo fundamental de atención médica para comunidades que por su tamaño o por su lejanía no pueden sostener un sistema médico complejo. El médico general bien preparado es una opción que puede resolver la mayor parte de los problemas de salud que surgen en estas comunidades.

El médico general es aquél profesionalista que atiende casos de la comunidad, en forma indiscriminada de sexo o de edad, de manera continuada y personal, tanto a los individuos como a las familias, y es capaz de resolver en forma de diagnóstico y de tratamiento del setenta al ochenta por ciento de los casos que surgen en el núcleo de la sociedad; además debe tener el criterio suficiente para conocer de ese veinte o treinta por ciento de casos restantes, cuándo y a quién debe referirlos para ser resueltos.

La medicina general representa una opción que el mundo ya ha ensayado con éxito. En nuestro propio país durante muchos años la medicina general fue el sustrato fundamental de atención a los enfermos. Es posible que el concepto de medicina general, sobre todo cuando se piensa en medicina general y familiar, sea un concepto distinto al que ejercieron los médicos de este país en el siglo pasado y a principios de este. En todo caso, en la actualidad es un concepto enriquecido, pues comprendemos que debe conocer mejor las ideas de preservar la salud y de prevenir la enfermedad, y sobre todo de atender las familias, en cuanto sea posible, como un todo, conociendo que la familia puede ser como un micro sistema ecológico, generadora de salud o de enfermedad. Es indiscutible, por lo demás, que el médico general actual debe poseer conocimientos mucho más amplios que el médico de principios de este siglo. Aquí está una de las principales dificultades en su formación actual, que por otra parte es requisito indispensable para el éxito de esta opción. El médico general de este momento debe poseer una amplia información biomédica, debe ser un buen clínico en la práctica médica; pero además debe comprender con profundidad el fenómeno bio-psico-social del individuo, de la familia y de la comunidad, y mejor que ningún otro médico, debe poseer una auténtica vocación de servicio.

El médico general no es aquel que por diversas situaciones no puede estudiar una especialidad, sino quien rehusa esta opción y abraza con ahínco el largo camino de formación de un buen médico general.

El ejercicio de la medicina general no se concibe como un fenómeno aislado; tiene que estar íntimamente ligado con los otros niveles y personas, técnicos y personal paramédico que puedan auxiliario y, en que ejercen acciones en atención de la salud

El ejercicio de la medicina general no se concibe como un fenómeno aislado; tiene que estar íntimamente ligado con los otros niveles y personas, técnicos y personal paramédico que puedan auxiliario y, que ejercen acciones en atención de la salud en buena relación, con las especialidades fundamentales y las subespecialidades, para conducir los casos que deben llegar a ellas.

Lo que parece evidente para todos en la actualidad, es que la medicina, como un esquema general, no puede sustentarse exclusivamente en las especialidades. El médico especialista -gran conocedor de la técnica, de la ciencia y de las destrezas de su especialidad, que utiliza recursos complejos y costosos- debe atender exclusivamente aquellos casos que por su naturaleza, especialmente difícil o por estar complicados, requieren de esta tecnología. (3)

## Capítulo II

### Concepto de atención de la salud

#### *Concepto de atención de la salud*

**Niveles de atención a la salud.** Los países, en general, no pueden escoger más que entre dos esquemas para la atención médica de la salud:

a) El primer nivel de atención proporcionado por las cuatro especialidades fundamentales (medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría), o

b) que el primer nivel de atención esté dado por el médico general.

En los dos esquemas es claro que se reserva a los especialistas para la atención de casos difíciles, complicados o de un tipo de patología que desde el principio supone la necesidad de atención muy específica. Algunos países, en que la mayoría de la población vive en ciudades medianas o grandes, han utilizado con éxito el primer esquema -las cuatro especialidades fundamentales como primer nivel-, auxiliados por diversos técnicos profesionales.

La pregunta es la siguiente, ¿es un esquema aplicable en países, como muchos de Latinoamérica, cuya población en gran parte habita en comunidades pequeñas y aisladas? Parece claro que en países como el nuestro, que tiene más de noventa mil comunidades con menos de cinco mil habitantes, y éstas se encuentran dispersas y aisladas por todo el vasto territorio nacional, el esquema de nivel primario dado por el médico general puede ser más operante. De otro modo, ¿cuántas de estas miles de comunidades que he mencionado pueden ser capaces de sostener los cuatro especialistas fundamentales del otro esquema? Sin embargo, muchas de las noventa mil comunidades seguramente sí podrían sostener desde todo punto de vista un médico general como elemento primario de atención médica.

Para preparar recursos actualmente en medicina general, es necesario contar con otros elementos de los que ya contamos en la actualidad, que pueden ser de dos tipos: humanos y de administración y de apoyo en general a la docencia. No es posible preparar buenos médicos generales entrenándolos y enseñándolos exclusivamente en instituciones de salud de tercer nivel, es decir en hospitales que practican fundamentalmente la medicina de especialidades. La práctica y la enseñanza de los médicos generales en los hospitales es indispensable, pero sólo como una parte de su formación. La otra parte debe ser proporcionada a los médicos generales en los sitios donde se desarrolla el fenómeno de atención primaria de la salud, llámense dispensarios, clínicas o centros de salud. Por esto, es importante contar con centros de excelencia académica, es decir con centros académicos de atención primaria para que en ellos la enseñanza se de en las mejores condiciones posibles. La docencia y la investigación fueron las características que hicieron del hospital universitario el sitio ideal para el entrenamiento de especialistas. Un modelo docente-asistencial universitario de contacto primario puede reproducir las condiciones para la enseñanza que por ahora nos ocupa.

No es ningún secreto que nuestro país como muchos otros en Latinoamérica, (4) ha dedicado durante las últimas décadas gran parte de sus recursos a construir grandes centros hospitalarios y ha orientado fundamentalmente la formación de personal en atención a la salud, para nutrir el trabajo en esos centros; es decir, la formación de recursos humanos para la atención de la salud ha estado dirigida principalmente a solventar las necesidades del segundo y del tercer nivel. Esto no es malo; es un recurso que ya hemos desarrollado y debemos mantener. Sin embargo si queremos contemplar la atención integral de la salud desde el punto de vista médico, es indispensable derivar recursos en forma importante para su atención primaria. Este es un esfuerzo que no pueden realizar aisladas las escuelas de Medicina. De nada sirve, o de poco servirá, que las escuelas de medicina estén propiciando la formación del médico general si las instituciones encargadas de atender la salud no encuentran, para ellos, acomodo suficiente y en buenas condiciones socioeconómicas para hacer atractiva esta carrera. A los esfuerzos de formación de médicos generales por parte de las escuelas de medicina, debe corresponder un esfuerzo suficientemente importante por parte de todos los que tienen en sus manos la atención de la salud, ya que de esta manera los interesados y egresados de medicina general y de medicina familiar encontrarán condiciones adecuadas para el ejercicio de esta forma de atención médica.

#### *Sistema nacional de atención a la salud*

En un reciente seminario se analizaron las ventajas de un sistema nacio-

nal de atención a la salud. Es evidente que un sistema nacional que desarrollara planes semejantes, programas iguales, acciones similares, tanto a nivel de medicina preventiva como a nivel de medicina curativa y en educación para la salud al pueblo, es un sistema ideal. Son pocos los países que han logrado tener un sistema nacional de atención a la salud; sin embargo, no obstante las dificultades para concebirlo, este es el desiderátum al cual los países deberían tender.

### *Coordinación en la atención a la salud*

En nuestro país existen varios sistemas de atención a la salud, incluyendo algunos que no son estatales sino privados. Deberíamos tender, al menos, a coordinar las acciones para su organización. Esta sería una meta intermedia para llegar posteriormente a un sistema nacional de atención a la salud. Si bien es cierto que un sistema nacional no es tarea fácil, ya que hay muchas implicaciones de carácter técnico, económico y hasta político que lo hacen difícil, se puede llegar a ello mediante el trabajo conjunto, con consultas interinstitucionales y, sobre todo, con buena voluntad para el logro de un programa en que todas las acciones sean coordinadas. De esta forma, los planes y programas para la atención de la salud constituirían un plan único de trabajo. Esto es fundamental para que las acciones en los tres niveles de atención médica estén contempladas bajo un esquema similar y las inversiones, el desarrollo de los programas y la evaluación de éstos sea uniforme. Así, aunque los sistemas sean distintos, tendrán puntos de coincidencia que permitan la coordinación eficaz de las acciones. Si no es así, las acciones se repiten o por lo menos se suman y se desperdician esfuerzos; en otros casos, las acciones llegan a ser contradictorias.

En beneficio de la atención a la salud de los habitantes de los países latinoamericanos, debería proponerse, como una meta intermedia para llegar a los sistemas nacionales de atención, la coordinación de esfuerzos a las diversas instituciones que tienen a su cargo dicha labor.

### *Nivel técnico para la atención de la salud*

En muchos países se ha ensayado con éxito la atención que no está dada exclusivamente por médicos; junto con ellos, y en acciones absolutamente congruentes y coordinadas, se ha ensayado la formación y el ejercicio de diversos técnicos en la atención a la salud. Para que estos técnicos sean eficaces, es necesario tomar en consideración las siguientes premisas:

a) La preparación y la acción de estos técnicos no puede ser considerada como una acción aislada en el fenómeno de atención a la salud; debe ser una acción coordinada con los otros elementos que la atienden, destacando principalmente los médicos, y de éstos fundamentalmente los que se ocupan de la medicina general y de las especialidades básicas.

b) Los tipos de técnicos y los currículos para su formación deben estar diseñados de acuerdo a este programa general para que su preparación y sus acciones constituyan un eslabón en acciones coordinadas.

c) La formación de técnicos para la atención de la salud debe ser la respuesta a un plan general, de forma tal que cuando éstos estén formados encuentren opciones en el ejercicio del trabajo para el que han sido entrenados. El formar técnicos de manera aislada contribuiría a complicar el problema de atención a la salud en vez de ayudar a resolverlo. Quienes los han utilizado y formado de modo coordinado como respuesta a un plan general de atención a la salud, encuentran que su acción es evidentemente útil.

### Capítulo III

#### *La Universidad y la atención a la salud*

En relación a esto, la Universidad tiene como encargo fundamental formar los recursos humanos para la atención a la salud. (5) Esto se da principalmente en las escuelas que están íntimamente relacionadas con ese propósito, como pueden ser las escuelas de medicina, las de enfermería, las de medicina veterinaria y zootecnia y otras que pueden considerarse relacionadas: aquéllas que forman químicos biólogos, psicólogos, sociólogos, etcétera.

#### *La enseñanza de la medicina*

*Alternativas.* Me referiré primordialmente a la enseñanza de la medicina no porque considere que esta es la única rama útil para la atención de la salud, sino porque es la que nos ocupa en este Seminario.

Históricamente, la medicina se ha enseñado a través de acciones tutoriales como una enseñanza artesanal o, en épocas modernas, en enseñanza por grupos. Existe, sin embargo, una idea que es el sustrato de una buena enseñanza de la medicina; esto es, aprender haciendo. Independientemente del enfoque mágico, religioso, empírico, técnico o científico, ya que ahora se comprende lo científico como un fenómeno bio-psico-social para explicar la enfermedad y para también explicar y responder en la formación del médico hacia el problema. Independientemente del esquema en que se quiera desarrollar o entender el fenómeno enfermedad y el fenómeno curación de la enfermedad, el mejor sistema para enseñar es que el alumno aprenda haciendo y, por lo tanto, que el docente enseñe haciendo. Eso es darle vigencia al concepto de *docencia-servicio*.

En forma cíclica y durante toda la historia de la enseñanza de la medicina, ésta ha ido de uno a otro de los dos extremos: aprender haciendo o enseñanza teórica en las aulas. Al parecer, los grandes adelantos de la medicina han obligado al médico a salirse del enseñar haciendo, para llevar al alumno a las aulas e informarle y tratar de inducirlo a comprender y a conocer los avances más importantes de la medicina, desde el punto de vista científico. Aun aceptando que la medicina científica necesite de este quehacer en el aula, en la cual al alumno se le informa, se lo induce a estudiar y a conocer los más recónditos secretos de la ciencia médica, es importante que el concepto de aprender haciendo prevalezca en la enseñanza moderna de la medicina.

El alumno durante su formación en las escuelas debe tener una adecuada información de las ciencias biomédicas, de las maniobras clínicas, del diagnóstico y del tratamiento, y de los conceptos de medicina social, muy extensos e importantes en la medicina actual. Por otra parte debe, de manera importante, formárselo en las acciones aprender a hacer, aprender a estudiar y aprender a servir, es decir formárselo médico. El alumno médico debe comprender que durante todo el resto de su vida estará inmerso en un ejercicio en el que de una y de otra forma deberá buscar conocimientos. Es un error frecuente de los alumnos de medicina considerar que van a ser receptores de un mecanismo que de alguna forma les proporcionará conocimientos, o sea el aprendizaje pasivo. El concepto contrario es el que debe estimularse: el aprendizaje activo, puesto que es muy importante en todas las profesiones, particularmente en la medicina. El alumno que no comprende este fenómeno, no puede llegar a ser un buen profesional.

Por otra parte, el médico, el estudiante de medicina, deben comprender al individuo y a la sociedad. Si el alumno médico realmente está interesado en el ser humano como factor importante de su estudio, es fundamental que comprenda las diversas reacciones no sólo biológicas que afligen al ser humano, sino también los trastornos psicológicos que pueden producirle enfermedad y que en buenas condiciones le dan salud mental; además debe comprender el fenómeno social en el que el individuo sano y enfermo se ven envueltos.

Finalmente, en la formación la actitud de servicio es muy importante. El alumno médico debe entender que su carrera es una carrera de servicio. Desafortunadamente la imagen que recibe de sus preceptores no siempre es así. Sin embargo es muy importante recuperar esta actitud de servicio en la medicina. Existen otras carreras u otras actividades del ser humano que, siendo totalmente lícitas, le permiten como individuo en la sociedad,

tener otro abordaje distinto de su situación económico-social. En el caso del médico, es indispensable que comprenda lo que significa la actitud de servicio para que de esta manera pueda dedicar todo su tiempo y todo su esfuerzo en prepararse a servir. (6)

### *Integración docente asistencial*

Ya dijimos que desafortunadamente la enseñanza de la medicina, durante los últimos lustros, se ha dado fundamentalmente en hospitales de tercer nivel; en ocasiones, si acaso, en clínicas y hospitales de segundo nivel. No hay que sacar la enseñanza de estos lugares en forma total, hay que sacarla en forma parcial. Los alumnos médicos deben conocer el fenómeno enfermedad y su contraparte curación, que se da en hospitales de segundo y tercer nivel. Pero no debe quedarse aquí; debe también educárselo y enseñarle dónde se da el fenómeno de atención primaria de la salud. Esto significa que en cualquier sitio en donde se dé la atención a la salud, el alumno debe estudiar. Esto significa, además, la integración docente-asistencial -que contemplamos en la actualidad- como un cambio de radical importancia en la enseñanza de la medicina.

Existen otras alternativas que permiten facilitar la información de un alumno que, por otra parte, contribuyen en su formación como médico; sin embargo considero que son secundarias, aunque muy interesantes, comparadas con la acción antes enunciada. Insisto en que la principal alternativa a considerar en la actualidad por las escuelas de medicina es que parte de la formación de los alumnos se dé en centros académicos de excelencia de contacto primario. En la mayor parte de los casos no existen estos centros; hay que hacerlos y hacerlos bien. De nada serviría sacar simplemente al alumno de los hospitales, de las clínicas de segundo nivel, para llevarlo al área rural, al área suburbana o al área marginada, sin que en estos lugares exista un centro académico de excelencia de ejercicio y de enseñanza médica adecuada de la atención médica de contacto primario, hay que reproducir las condiciones que hicieron útil el hospital como hospital universitario; es decir facilidades de docencia, facilidades de comunicación, aulas, talleres, bibliotecas, recursos audiovisuales, que permitan que en los centros de contacto primario se enseñe y se ejercite tan buena medicina como en los hospitales de la mayor especialización.

### *La investigación biomédica*

La investigación biomédica en las escuelas de medicina es un esfuerzo que no significa un lujo. El método científico que sigue un investigador en su trabajo es una actitud ante los problemas que, de alguna forma, son mecanismos de educación para los alumnos. El buen ejercicio de la medicina se basa en el método científico. Un buen médico en una acción mé-

dica, por muy sencilla que sea, si la lleva a cabo bien, realiza un acto científico; utiliza el método científico para analizar el problema del enfermo, de la familia, hasta llegar al diagnóstico y plantear un tratamiento. De esta forma la investigación biomédica en las escuelas de medicina debe ser alentada y preservarse como una forma de superación académica en la formación del médico.

### *Métodos modernos en la enseñanza de la medicina*

Sin duda una de las áreas que más ha evolucionado en los últimos años, a nivel de la enseñanza profesional, es la enseñanza de la medicina. Numerosos recursos se han empleado con éxito para facilitar las tareas de la docencia en los profesores y alumnos. Los guiones audiovisuales, ya sea a través de diaporamas o de *videocassettes*, son una ayuda indiscutible en la información de los alumnos. Debe alentarse la formación de centros de recursos de apoyo audiovisual al aprendizaje; sin embargo debe tomarse en consideración que éste es un método de apoyo y no puede sustituir a la enseñanza tradicional, principalmente a nivel de la enseñanza clínica, y que de ninguna manera constituye una alternativa que supla la enseñanza en la cabecera del enfermo.

### *Acciones de extensión universitaria*

A este respecto debo considerar dos tipos de acciones: aquéllas que van dirigidas primordialmente para ayudar a formar al alumno de medicina y las que considero tiene la obligación todo aquél que está en contacto con la medicina (informar, y educar para la salud al público potencial usuario de los servicios médicos), ya sea una escuela o una institución de salud.

La acción hacia los alumnos consiste en acercarlos a los fenómenos de la cultura. La música, el teatro, la poesía, la buena lectura, son productos del hombre a través del tiempo. Si el estudiante médico -como debe ser- es un sujeto ligado por su actitud de servicio al ser humano, interesado en el ser humano, una de las mejores formas de hacerle comprender lo que es el ser humano es ponerlo en contacto con las manifestaciones más cultas que ha producido éste. En el médico la cultura no es un lujo; aunque vaya a ejercer en poblaciones pequeñas, rurales o aisladas, el acercarse a la cultura, el conocer los clásicos de la literatura, la música, la pintura y la escultura, le van a significar tener una actitud más humana con sus semejantes.

Por otra parte, es importante que los alumnos de una escuela de medicina vean en ella el ejemplo de acciones de educación para la salud. Muchos recursos médicos y no médicos para la atención de la salud encuentran dificultades, obstáculos, o son desperdiciados si la población no tiene educación para la salud. De esta forma, la propia escuela a través de sus publicaciones, de mensajes a nivel radiofónico o en otros posibles medios de comunicación masiva, debe hacer un esfuerzo por hacer llegar la educación para la salud al pueblo. Esto mismo debe ser realizado a través de los propios estudiantes en su trabajo dentro de la comunidad. Una de las acciones que ha requerido más esfuerzo, es hacer comprender a los alumnos de internado de pregrado que salen a la comunidad, que esta actividad de educación para la salud es conveniente y útil. Deslumbrados por una acción médica a la que han estado acostumbrados, no sólo por los hospitales donde trabajan sino por lo que ven en los medios masivos de comunicación que es un médico, consideran que esta es una acción demasiado simple para ser efectuada por un médico. Esto es un error; el médico debe tener la suficiente humildad para efectuar cualquier tipo de acción que pueda beneficiar la salud de la comunidad de la que él está encargado.

La tecnología moderna, la comprensión mayor del bagaje de conocimientos y actitudes que debe tener un médico actualmente, ha obligado a buscar otras alternativas en su formación. Sin menospreciar todos los recursos modernos en tecnología educativa, las alternativas principales están contenidas en los conceptos como docencia-servicio e integración docente-asistencial.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sonis, A., *Educación en ciencias de la salud y atención médica. Análisis y su interrelación*, Educación médica y salud, 10 : 233, 1976.
2. Bravo, A., *Los sistemas de salud, el hospital docente y la salud de la comunidad*. Educación médica y salud. 6 : 93 - 104. 1973.
3. Neri, A., La formación del recurso humano y las necesidades de los servicios de salud. Educación Médica y salud 9 : 272, 1975.
4. Ferrer, D., Educación Médica y salud 5 : 53 - 67, 1976 y Barbosa, S. y otros, Atención a saúde e educaçao médica. Uma experiencia e uma proposicao. Educación médica y salud. 11 : 26, 1977.
5. Gutiérrez, R., *Participación de la Universidad en la planificación de la salud*, Educación Médica y salud. 7 : 318 - 386, 1973.
6. Rivero, O., *Consideraciones sobre problemas actuales de la enseñanza de la medicina en México*, ANUIES, núm. 22, vol. VI, abril-junio, 1977.

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

U D U A L

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

~~Tema III~~

LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA  
DE LA MEDICINA

Por:

Dr. Magín Domingo Puello

Dr. Fernando Sánchez M.

Dr. Julio Ravelo Astacio

Lic. Dagoberto Tejeda

Dra. Maritza La Paix de D.

Dra. Blanca O. García Vda. Peguero

Dr. Diómedes Robles

Br. Alberto Portes.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SANTO DOMINGO

Facultad de Ciencias Médicas

Santo Domingo, República Dominicana



## LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA.

Por:

Dr. Magín Domingo Puello

Dr. Fernando Sánchez M.

Dr. Julio Ravelo Astacio

Lic. Dagoberto Tejeda

Dra. Maritza La Paix de D.

Dra. Blanca O. García Vda. de Peguero

Dr. Diómedes Robles

Dr. Alberto Portes

### Introducción

Nos sentimos altamente regocijados al presentarnos a esta "XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina" porque nos brinda la oportunidad del agradable reencuentro con nuestros colegas y amigos, luego de la satisfacción inmensa que experimentamos con motivo de la visita a nuestro país y a nuestra Universidad, de la anterior asamblea, hecho que ha quedado grabado con caracteres indelebles en el hondón de nuestro más preciado fervor universitario.

El tema que nos reúne esta vez, es de vital importancia para la comprensión de la esencia misma de la Universidad; particularmente, debemos expresar nuestro agradecimiento porque nuestra Facultad haya sido seleccionada para desarrollar el tema "La autonomía y la enseñanza de la medicina". Somos una Universidad que ha pagado el más alto precio del sacrificio la vigencia de la autonomía. Hoy, que disfrutamos plenamente de ella, nos resulta especialmente satisfactorio narrar nuestras experiencias; por un lado, por lo que modestamente puedan aportar a las demás universidades hermanas y, por otro, como homenaje a los universitarios caídos en esas gloriosas jornadas de lucha. No en vano un lema surgido en ese proceso reza: "Nuestra lucha está escrita con hechos y sellada con sangre".

Deseamos, con la venia de todos ustedes, hacer una breve referencia a una persona que la realidad inexorable no permite que físicamente esté aquí con nosotros, pero que sentimos de modo profundamente espiritual en el latir de nuestros corazones. Lo sentimos en cada sístole de devoción uni-

versitaria y en cada diástole del profundo amor que todos tenemos de su memoria. Quede aquí grabado el testimonio de admiración permanente al hombre que consagró su vida a mantener encendido el farol de luz que esclarece la cultura de nuestros pueblos a través de la pervivencia de las universidades; así como al hombre a quien tocó presidir por última vez, en nuestra Patria, estas conferencias: nos referimos al doctor Efrén del Pozo.

## *II. Breve relación del origen de las universidades*

La Edad Media es el escenario en cual nacen los núcleos urbanos que van a determinar la necesidad de que el conocimiento sea transmitido de modo amplio; abandonando así el tradicional patrón individual cuyo privilegio era, de manera exclusiva, para los conventos y catedrales. Por ello nace bien definido el concepto *universitas*, de donde proviene el de Universidad, concebida como hermandad o corporación de profesores y estudiantes.

El feudalismo agonizaba bajo la presión y el avance de la burguesía, y ésta se fortalecía agremiándose en las llamadas corporaciones que tenían bajo su responsabilidad la pulcritud del trabajo, la regulación de la circulación, el fijamiento de los precios, la adquisición de las materias y otras actividades. En este contexto, a principios del siglo XII, aparecen las universidades. Primero Bolonia y París, posteriormente Oxford, Cambridge, Padua, Nápoles, Praga y otras muchas. Este acontecimiento da paso para que la Filosofía se desvíe de la escolástica y comience a enfrentar al mundo cristiano con la naturaleza. Se busca la verdad en la observación directa de los fenómenos y de la alquimia surgen los albores de la ciencia experimental.

En España -como en el resto de Europa- los centros de estudios eran los claustros religiosos. La primera universidad es la de Salamanca, fundada hacia 1227, a la que siguieron muchas otras en distintas ciudades. Para el siglo XVI España llegó a tener treinta universidades.

Un paso importante de Alfonso el Sabio fue elaborar el código denominado "*Las Partidas*", donde estableció el papel que debían desempeñar las primitivas universidades españolas en la vida del país. Los Reyes Católicos también impulsaron los llamados Estudios, que luego se convertirían en universidades, con la contratación de los más distinguidos maestros de la época.

## *Universidad colonial*

A los pocos años de la conquista de América, los españoles establecieron conventos y escuelas (1502), y ya en 1538, mediante la bula *In apostolatus culmine* del Papa Paulo III, se concedió el derecho de erigir universidades con los mismos privilegios de las de Alcalá de Henares y Salamanca, siendo la primada de América la "*Real y Pontificia Universidad del Angélico Doctor Santo Tomás de Aquino*", hoy Universidad Autónoma de Santo Domingo.

A partir de esa fecha, comenzaron a establecerse en tierra firme nuevas universidades. Debemos ver este hecho como la necesidad que tenía la Iglesia de Roma -a la cual estaba subordinada la actividad universitaria- de afianzar su concepción tomista del cosmos y la vida. La universidad jugaba un importante papel como defensora y mantenedora del sistema colonial.

A esta universidad asistían los hijos de los funcionarios españoles, los hijos de los criollos y los hijos de los indígenas poseedores de un cierto poder. Para dar una idea de la concepción universitaria de la época, en el año 1797 las autoridades políticas propusieron la creación de una cátedra "*donde se enseñen gratuitamente las matemáticas, física y química aplicadas a la agricultura y a las artes, a toda persona notoriamente blanca y de buena reputación*".

La relación universidad-sociedad colonial impedía cualquier función crítica, y mucho menos subversiva. A este respecto el doctor Rafael Kasse Acta, ex Rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y Past-Presidente de la Unión de Universidades de América Latina, señala: "*Este estado de dependencia de las universidades a la metrópoli impidió a todas luces, la toma de una conciencia nacionalista*".

## *Universidad y república*

Con el advenimiento de nuestra independencia, en el año 1844, nuestra Universidad que había sido clausurada por el invasor, logra tres lustros más tarde abrir sus puertas a la juventud deseosa de superación.

Nuestra historia caracterizada por el horror de las luchas fratricidas, imposibilitó el florecimiento de una Universidad donde proliferara el libre juego de las ideas; más aún, en el devenir de nuestra trágica historia sucedieron acontecimientos tan dolorosos como la incorporación de nuevo al imperio español (1861-1863), la primera invasión norteamericana (1916-1924) y el advenimiento de la dictadura trujillista, que nos subyugó por más de tres décadas (1930-1961).

## *UASD y caída de Trujillo*

Durante los treinta años del régimen de Trujillo, nuestra Universidad fue maniatada, convirtiéndose en instrumento de dominación ideológica de ese gobierno totalitario; al mismo tiempo producía los técnicos dóciles que demandaban la expansión de un sistema organizado para el engrandecimiento político y económico del tirano.

El movimiento de reforma y autonomía universitarias iniciado en Córdoba en 1918, se manifestó en el país con sus primeros balbuceos en la tercera década del siglo, cuando el 5 de enero de 1932 la Asociación Nacional de Estudiantes Universitarios (ANEU) solicitó al presidente de la República el otorgamiento de la autonomía a la Universidad del Estado, pero esta manifestación y otras fueron acalladas por la represión trujillista durante varios lustros.

En el transcurso de los años, el descontento de un sector importante de los colaboradores del tirano junto a los grupos más avanzados de la juventud, fueron dando pasos que terminaron con la caída de Trujillo. Ya muerto el tirano y agonizante su régimen, comenzaron a tomar cuerpo nuevamente en la juventud dominicana los ideales de la Reforma, la que enarboló como bandera de lucha hasta alcanzar la autonomía universitaria el 31 de diciembre de 1961.

La autonomía recién conquistada, vino a ser administrada por los mismos sectores profesoraes que, con escasas excepciones, habían sido dóciles instrumentos de la Universidad maniatada de años anteriores; y en cualquier caso, carecían de la experiencia social necesaria para utilizar la libertad y el auto-gobierno adquiridos en el cabal desempeño de su alta misión.

Esa Universidad -ya autónoma-, además de la dictadura pasada, tenía las deficiencias de las universidades latinoamericanas que no supieron renovarse de acuerdo a las exigencias de estos tiempos. A estos problemas se le unieron aquellos propios de la nueva situación de autonomía, como el uso y abuso de los nuevos derechos, la improvisación y el reflejo dentro de la Universidad de las agudas contradicciones y desajustes de la sociedad dominicana, de los que el movimiento revolucionario de abril de 1965 fue su fiel expresión.

Poco o nada se hizo para cambiar las arcaicas estructuras que regían nuestra vida académica. El ineficiente servicio administrativo y el caos financiero se agudizaron al tratar de poner a funcionar una administración universitaria independiente con las mismas estructuras y funcionarios con que era manejada de manera servil y altamente subordinada a la dictadu-

ra. Los programas de estudio, escasos en número e inadaptados a nuestra sociedad, pusieron en vigencia los mismos reglamentos ya obsoletos. Escasos laboratorios, o prácticamente en desuso, y funcionarios incapaces de comprender la dinámica social de los nuevos tiempos, completaban ese lastimoso cuadro. Las luchas internas escenificadas entre los grupos estudiantiles recientemente formados y la lucha común de todos éstos contra las clases profesoras que controlaban las facultades, no parecían tener otra salida que el cierre continuado, total o parcial, de la más vieja casa de estudios del continente.

Luego de terminada la contienda civil, en septiembre de 1965, en una asamblea de la familia universitaria, constituida por sus profesores, estudiantes y empleados, se estableció el denominado Movimiento Renovador Universitario y con éste el germen de la transformación de nuestro centro de estudios.

Fue en la lucha contra los retardatarios internos y ayudados por una nueva correlación de fuerzas, que se gestó el movimiento de Reforma en torno al Consejo Provisional Universitario de entonces. Con el reconocimiento definitivo de las autoridades, elegidas el 28 de febrero de 1966, se inicia el movimiento de reforma y desarrollo de nuestra Universidad.

### *El movimiento renovador en nuestra Universidad*

Todo proceso de cambio necesita de condiciones previas, apoyo social, recursos económicos y humanos, definición clara de los objetivos que persigue y de los métodos para alcanzarlos.

El Movimiento Renovador de la UASD partió de un estado de conciencia colectiva dentro de la familia universitaria: era necesario transformar radicalmente las estructuras, normas y procedimientos de la vida universitaria de entonces, como único medio de asegurar su existencia para que pudiera cumplir su misión. Este estado de conciencia, si bien no definido todavía en consignas claras, tuvo la suficiente fuerza de convicción como para unir a los más importantes núcleos de la vida universitaria (todos los grupos estudiantiles organizados y los sectores amplios de los profesores y empleados) en torno al movimiento renovador. Esa unidad monolítica contra los intereses creados por la vieja estructura, constituyó la verdadera base del movimiento de reforma universitaria dominicano.

Fue en el curso de la lucha por el reconocimiento del nuevo orden de cosas, con el apoyo de la juventud dominicana y de los amplios sectores de la nación, que se definieron los objetivos que perseguía ese movimiento en un proyecto de Estatutos Orgánicos, en cuya redacción participaron representantes de los diferentes sectores de la vida universitaria; duran-

te diecisiete largas sesiones fue conocido y aprobado por el Claustro. Este estatuto puede considerarse como uno de los documentos más avanzados sobre organización universitaria y ha sido la base legal necesaria para numerosas transformaciones que se han implementado desde entonces.

Entre las definiciones trazadas en el mencionado documento, se considera a la universidad como una comunidad de profesores, estudiantes y empleados unidos en la tarea de buscar la verdad, proyectar el porvenir de la sociedad y afianzar los valores del hombre, puestos al servicio de la nación, dentro de la cual le corresponde colaborar en el esclarecimiento de sus problemas. La universidad, sus organismos y funcionarios como tales, no podrán participar ni intervenir en política partidaria, pero se desenvolverán conforme a la unidad, justicia y solidaridad humana; y la universidad se mantendrá abierta a todas las corrientes del pensamiento, las cuales deberán ser analizados y expuestas científicamente.

La constante preocupación de las autoridades que han dirigido nuestra institución ha hecho posible algunas modificaciones a nuestro Estatuto Orgánico, aprobado el 28 de febrero de 1966. Los cambios introducidos completan el documento inicial y lo adaptan al momento que vive nuestra universidad, inmersa en una sociedad subdesarrollada y dependiente.

Nos permitimos citar algunos artículos, motivo de las señaladas modificaciones:

*“La Universidad es una institución que une a profesores, estudiantes y trabajadores de apoyo en el propósito de dar cumplimiento a la misión universitaria orientada hacia la búsqueda de la verdad, la proyección del porvenir de la sociedad dominicana y el afianzamiento de los auténticos valores de ésta”.*

*“La Universidad debe efectuar investigaciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de la sociedad dominicana; a desentrañar las causas fundamentales del subdesarrollo y la dependencia”.*

*“La Universidad debe formar críticamente los científicos, profesores técnicos y profesionales del arte para coadyuvar a las transformaciones que demanda el desarrollo nacional independiente”.*

*“La Universidad, como consecuencia directa de su autonomía, debe fortalecer el intercambio científico, cultural, técnico y artístico con las instituciones educativas y culturales nacionales e internacionales, dentro del marco de sus principios filosóficos”.*

Las modificaciones al Artículo 99 de nuestro Estatuto Orgánico, se relaciona con la representación estudiantil:

*“Los estudiantes tendrán derecho al claustro, asambleas de las Facultades, Consejo Universitario y Consejo Técnico de la Facultad, a voz y voto, mediante sus representantes elegidos cada dos años”.*

La representación estudiantil ante los distintos organismos académicos de gobierno es de un 33.33% del total de los miembros del organismo correspondiente, respetándose esta disposición desde el inicio mismo del movimiento renovador.

Pese a la rica experiencia del movimiento renovador en el ámbito universitario, fueron muy precarias las condiciones para su desarrollo, incluso sus luchas llegaron a nivel de heroísmo en el martirologio de numerosos estudiantes que ofrecieron su sangre generosa en aras de una universidad libre.

Como consecuencia de todo esto, durante los doce años del régimen balaguerista, la Universidad jamás encontró oído receptivo a sus reclamos; al contrario, la más fría indiferencia a sus justas solicitudes.

La estrechez económica a que fue sometida, las dificultades impuestas al desarrollo de las labores extramuros, junto a la represión del libre juego de las ideas a nivel nacional, produjeron una marcada limitación de la misión efectiva de la Universidad, la cual no llegó a extinguirse por la vocación de servicio de profesores, estudiantes y empleados.

Gracias a la madurez política de nuestro pueblo, las elecciones de mayo de 1978 dieron al traste con doce años de continuismo balaguerista, dando paso así a un nuevo régimen de orientación democrática, el cual desde sus inicios ha mostrado un gran respaldo al papel que debe jugar nuestra universidad estatal.

### *Enseñanza de la medicina hasta el movimiento renovador*

Para la fecha de la fundación de la primera universidad de América (1538), las universidades españolas dividían el tradicional plan de estudios en cuatro facultades: teología, derecho (civil y canónico), medicina y arte. Las siete artes liberales incluían el trívio (gramática latina, retórica y lógica) y el cuatrívio (aritmética, geometría, música y astronomía). Era obligatorio explicar en latín las lecciones, salvo para medicina.

Ya en 1632, en nuestra Universidad, los alumnos se graduaban en artes, teología, cánones, leyes y medicina. En el siglo XVIII, el médico catalán Francisco Pujol imprimió en Cádiz una carta a nuestra Universidad, don-

de había recibido su título; en aquella carta pedía Pujol que los distintos puntos para disertar en las oposiciones escolásticas, como era costumbre en medicina, no se den en las obras del médico filósofo Avicena muy usadas en la Escuela de Córdoba, sino en los textos de Hipócrates.

Como vemos, las enseñanzas del Padre de la Medicina habían llegado temprano a las nuevas tierras americanas y su influencia duró hasta el siglo XVIII. También a petición del doctor Pujol, para las cátedras de anatomía los puntos fueron dados por las obras escritas del distinguido médico español Martín Martínez, que era para su tiempo el más versado en anatomía humana y en las disecciones.

Lamentablemente el transcurso tumultoso de nuestro devenir histórico ha hecho que se pierdan las listas de los estudiantes de medicina y sus profesores. El corsario inglés Sir Francis Drake, en 1586 hizo de los archivos una enorme trinchera con base en sus documentos y les prendió fuego. Luego, en el tratado de Aranjuez (1777), la parte española de la isla es cedida a Francia. Todos los archivos nacionales se dispersaron hacia la Habana, México y Venezuela. Sólo tenemos fragmentos que nos arrojan luz sobre el funcionamiento de la Universidad de Santo Tomás de Aquino. Sabemos que durante todo el periodo colonial venían a nuestra institución estudiantes de países vecinos, especialmente de Cuba, Venezuela y Puerto Rico. En aquel periodo, parte de los estatutos y la enseñanza se seguían de acuerdo a los de la Universidad de Alcalá de Henares, y para la oposición a las cátedras de medicina eran de rigor los textos de Avicena y, para la cirugía, el libro de Galeno *Ad glancomen*.

A principios del siglo XIX se dejaba sentir en la Facultad de Medicina la influencia del setecientos, y uno de los textos terapéuticos utilizado era el de William Cullen, de Edimburgo (1712-1790), ya que circulaba en Hispanoamérica para esa época, traducido al castellano.

En 1821, con la invasión militar haitiana a Santo Domingo, que nos subyugó por veintidós años, la puerta de la vieja escuela médica fue cerrada al igual que la misma Universidad. Quince años después de nuestra independencia, el 27 de febrero de 1844 y por decreto del presidente Santana, el 16 de junio de 1859, vuelve la Universidad a cumplir la misión que le corresponde.

La enseñanza de la medicina siguió siendo inicialmente tradicionalista. Sin embargo en 1914 adquirió nuevo esplendor con la llegada de profesionales que se formaron en facultades de medicina de las principales capitales de Europa, principalmente habiendo recibido su influencia de la Clínica Francesa, a la sazón la más alta expresión del conocimiento médico. No obstante, la enseñanza se mantuvo dentro de los cánones tradicionales hasta 1961.

Esta enseñanza se caracterizaba por la cátedra magistral, en donde el hombre como ser social perdía su dimensión lógica, donde la teoría no guardaba correspondencia con el quehacer médico. Obviamente, durante el oscurantismo que caracterizó las tres décadas de Trujillo, la enseñanza de la medicina no podría responder a otro modelo que no fuera el ya descrito. La caída del régimen trujillista trae como consecuencia la transformación profunda de la esencia misma de la Universidad, alcanzándose, como ya expusimos en la primera parte de este trabajo, la autonomía y el fuero universitarios. Este proceso dialéctico culminó con el llamado Movimiento Renovador Universitario, fruto de la frustrada revolución constitucionalista de 1965.

### *Enseñanza de la medicina en el movimiento renovador*

Dentro de este contexto, la enseñanza de la medicina fue orientada hacia un nuevo modelo conocido como *Docencia, investigación, servicio*; éste se diferencia en su objetivo de la enseñanza influida por el sistema capitalista, donde lo fundamental es asegurar los niveles de salud óptimos de la clase en el poder. De igual modo garantiza la capacidad de producción, mediante el mantenimiento de niveles más o menos aceptables de salud en los trabajadores. No olvidemos que la universidad tiene como una de sus funciones fundamentales la formación del médico dentro del campo de la salud; sin embargo la formación de este recurso humano, con los sistemas políticos que imperan en nuestros países, estará necesariamente condicionado. En este sentido nuestro modelo adquiere plena vigencia, al no ser un simple reproductor de la estructura social imperante.

La diferencia está en una identificación integrada dialécticamente con las necesidades del pueblo, basadas en la realidad nacional, en un proceso activo donde la docencia se dinamiza en la investigación y la creación.

Nuestro modelo es un trípode donde el servicio, la docencia y la investigación se conjugan en la acción creadora de un nuevo profesional médico, apto para la transformación crítica de la sociedad en que se haya inserto.

En respuesta a este modelo, nuestros estudiantes de medicina, junto a los demás estudiantes de las distintas disciplinas del área de la salud, se organizan para rendir a la comunidad labores efectivas de promoción, prevención y curación en niveles cada vez más complejos de acuerdo al grado de formación adquirido. Esto lleva a una toma de conciencia cada vez más creciente del papel a desempeñar como futuros profesionales de la medicina, en la sociedad en que se desarrollan con una visión crítica y, en consecuencia, transformadora.

Al final de su carrera, nuestros estudiantes además de satisfacer los requerimientos exigidos en las cuatro áreas básicas de medicina (pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía), deben realizar un ciclo de servicio social en áreas rurales y barrios marginados de la capital. Este ciclo abre nuevas dimensiones a los estudiantes, en el sentido de que los prepara con la conciencia social necesaria para un ejercicio efectivo, en cuanto a la pasantía rural obligatoria prevista por la ley nacional de salud.

Las implicaciones de este modelo han dado origen a los Centros Populares de Salud, los cuales definimos como unidades pedagógicas integrales e interdisciplinarias para el desarrollo de actividades educativas preventivas de salud; además de ofrecer servicios a nivel primario a la comunidad en las áreas de medicina, odontología, bioanálisis, farmacia, enfermería, psicología y sociología.

Los objetivos generales de estos centros son desarrollar un proceso de coordinación entre el pueblo y las instituciones de servicios, educación y salud, así como proporcionar las condiciones formales y científicas que permiten un cuestionamiento y una elaboración de respuestas dentro de una redefinición de la Universidad, de las prácticas de salud, de los servicios, de las concepciones sobre salud en enfermedad, trabajo interdisciplinario, etcétera.

Finalmente, estos centros están dirigidos también a una estructuración de mecanismos que permitan actividades extrahospitalarias efectivas y una coordinación entre el hospital y el pueblo, a través de sus organizaciones populares para un aumento de cobertura de salud.

Por otra parte, y de modo ya específico, logramos incorporar a la comunidad al proceso de salud en los niveles de planificación y de evaluación de las actividades; esto posibilita a los estudiantes y profesores de nuestra Universidad un contacto directo con la población y su realidad sanitaria, socio-económica.

En conclusión, esto conlleva a una coordinación institucional de recursos y de actividades entre la Universidad, el ministerio de Salud Pública y el Instituto de Seguridad Social y las organizaciones populares de la comunidad para que la población tenga acceso a los servicios de salud.

Además del modelo descrito, los estudiantes de último año tienen como alternativa el servicio social en la zona rural, que en la actualidad se encuentra implementado en toda la geografía nacional. Estas actividades se realizan en coordinación con las instituciones estatales de salud, en la medida que éstas responden a la concepción filosófica de nuestra Universidad.

En nuestra experiencia, este proceso ha contribuido a que de manera espontánea nuestros estudiantes se hayan abocado a la realización de trabajos de investigación imprescindibles para la obtención de su grado académico en el área social de la medicina. A manera de ejemplo debemos mencionar los hermosos trabajos sobre "*Situación de salud*" en nuestros barrios marginados.

Nuestro modelo de docencia investigación y servicio ha dado como resultado un proceso dinámico del cual hemos obtenido lo siguiente:

### *Procesos pedagógicos*

- 1) Sustitución de la cátedra magistral como mediación de la enseñanza.
- 2) Organización interna de los estudiantes de acuerdo a discusiones colectivas y modalidades metodológicas, escogidas libremente para desarrollar sus capacidades creadoras y sus responsabilidades.
- 3) Evaluación objetiva de participación a partir de una evaluación crítica colectiva.
- 4) Interrelación con el pueblo y su medio a partir del uso de herramientas científicas y de la observación participante: racionalización a través de las vivencias.

Estas modalidades de trabajo del modelo pueblo-universidad permiten conseguir algunas cuotas positivas en todo el proceso de enseñanza, situado en las contestaciones a la dependencia, donde se pueden destacar:

#### 1) Totalización y objetivización del conocimiento:

El conocimiento subjetivo y atomizado en una instancia abstracta de conceptos, al margen de lo cotidiano, contenido en los pensadores tradicionales, se violenta al ser cuestionado por una connotación con la realidad sanitaria y socio-económica del país.

#### 2) Modelos de enseñanza:

En este proceso se redefine el papel y la relación del estudiante y del profesor en la enseñanza, al pasar ambos a ser parte de un equipo de trabajo.

#### 3) Captura de la historicidad:

El encuentro con la realidad sanitaria y socio-cultural posibilita una captura objetiva del proceso histórico por parte de profesores y estudiantes, a partir de la vivencia y las investigaciones, lo cual es un camino para asumir la conciencia de la dependencia.

#### 4) Socialización para el ejercicio profesional:

Desde el instante en que los estudiantes trabajan y se relacionan con las realidades sanitarias, institucionales y socio-culturales del país, esto les posibilita líneas vivenciales para la concreción de prácticas médicas diferentes a las que participan al graduarse y por las cuales podrán luchar al realizarse cambios estructurales.

#### 5) Incorporación de la Universidad al proceso productivo:

Desde el instante en que las prestaciones de servicios se hacen nacionales en un proceso institucional, la Universidad se incorpora al proceso productivo, asegurando posibilidades de mayor espacio de tolerancia por la estructura de poder.

#### 6) Proceso de criticidad:

El resultado de la dinámica Universidad-Pueblo es la de un cuestionamiento crítico, la evaluación continua del proceso pedagógico como totalidad, generando un proceso creador profundo de redefinición permanente.

#### 7) Tecnología local:

La dinámica de los servicios al tener que simplificar los equipos y las técnicas de trabajo, obliga a cuestionar la tecnología dependiente y a esbozar su autonomía.

#### 8) Incorporación del pueblo a la salud:

Un mayor conocimiento del hombre concreto y de su medio, junto a acciones organizadas de salud, permite ir descubriendo líneas de trabajo para la real incorporación posterior del pueblo al proceso de salud y posibilitando al mismo tiempo, asumida a la conciencia, de que la salud es un derecho.

#### 9) Integración del equipo de salud:

En la medida que se ofrecen servicios médicos al pueblo, el trabajo posibilita una integración intelectual y estructural de todos los profesionales de las ciencias de la salud, a través del equipo de salud, en un tiempo concreto, donde desaparece la dicotomía ambivalente de teoría-práctica y las divisiones arbitrarias en niveles con una revalorización y una racionalización de la división del trabajo.

Por eso creemos que en las universidades latinoamericanas, las facultades y escuelas de ciencias de la salud deben incorporarse al pueblo a través de la docencia, la investigación y los servicios.

En términos generales, la estructuración de una experiencia así estará limitada por la elasticidad del sistema social a partir de coyunturas y crisis estructurales en las que la sobrevivencia del propio sistema permite algunas osadías que no son posibles en "*tiempos normales*". Nosotros debemos ser osados porque no hay alternativas ideales y debemos, además, aprovechar así estos espacios y estas posibilidades si queremos ser consecuentes con nuestros pueblos. Para esto, debemos saber claramente lo que queremos y cómo debemos conseguirlo. No hay lujo para las ilusiones. En una experiencia como esta, debemos tener claro lo siguiente:

a) La contradicción en el proceso de formar un médico diferente, crítico, para luego ser destinado a un ejercicio profesional que debe ser la negación de lo realizado en la Universidad. En esta contradicción creemos que la Universidad debe preparar médicos con óptima preparación profesional, pero con las herramientas de trabajo teórico necesarias para la comprensión de la realidad, tratando con esto de que sea una respuesta para el presente y el futuro.

b) La limitación en cuanto a la contradicción en el desarrollo de modalidades de trabajo que sólo pueden totalizarse y concretarse en otras organizaciones sociales, ya que ellas son la negación de las elaboradas e implementadas en la actual estructura social en una **práctica** profesional para una medicina de clases.

Partiendo de estas contradicciones, es que nosotros vemos los niveles y las modalidades de la interacción de la Universidad-Sociedad como mediaciones con posibilidades de esbozar prácticas sociales capaces de permitir la concientización de profesores, estudiantes y comunidad.

El encuentro de la Universidad con el pueblo en estas medidas ofrece condiciones para esbozar "*utopías*", generación de procesos técnicos y elaboración de respuestas teóricas a la superación de la dependencia.

## BIBLIOGRAFIA

- Batista del Villar, Guarocuya, "*Modelo de Universidad que deseamos y reformas mínimas para lograrlo*", Taller CERESD-UASD, 1977.
- Batista del Villar, Guarocuya, *Universidad crítica y patria soberana*, Editora Alfa y Omega, Santo Domingo, 1978.
- Comité de Publicaciones de la Facultad, Centro Popular de Salud del Cañafistol, Colección NIDES, Santo Domingo 1978.
- Comité de Publicaciones de la Facultad, Centro Popular de Salud de Guachupita, Colección NIDES, Santo Domingo 1978.
- Comité de Publicaciones de la Facultad, *Docencia, investigación y servicio*, Colección NIDES, Santo Domingo, 1978.
- Domingo, Magín y Tejeda, Dagoberto, *Docencia, investigación y servicio*, Taller, Mérida, México, 1976
- García, Juan, Conti, Laura, Foncault, Michel y Navarro, Vicente. *Medicina y sociedad*, Colección NIDES, Santo Domingo, 1978.
- Berlinguer, Giovanni, Cesar García, Juan, Brich, Jaime, y Catalina Libenscx Riz, *Salud y política*, Colección NIDES, Santo Domingo, 1978.
- Kasse Acta, Rafael, *Temas del movimiento renovador*, Editora de la UASD, Santo Domingo, 1979.
- Latapí, Pablo, *Universidad y sociedad*, Colección UASD Crítica, Santo Domingo, 1977.
- Mañón Arredondo, Manuel de Jesús, *La medicina en la Real y Pontificia Universidad del angélico Doctor Santo Tomás de Aquino*, Editora Montalvo, Santo Domingo, 1962.
- Mejía Ricart, Tirso, *Diez ensayos sobre Reforma y Planeamientos Universitarios*, dos tomos, Editora de la UASD, Santo Domingo, 1975.
- Mercer, Hugo, *La política y el saber médico oficial*, OMS, 1972.
- Miró Quezada, Francisco, *La Universidad como generadora de autonomía nacional*, Colección UASD Crítica, Santo Domingo, 1977.
- Nolasco, Flérida De, Dominico en la Española.

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

MESA REDONDA  
POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA  
(Incidencias de las políticas de población en América Latina)

Por Dagoberto Espinoza M. (Honduras)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL, México, 1979



# INCIDENCIAS DE LAS POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA '

Por Dagoberto Espinoza M. "

¿Está superpoblada América Latina? Esta pregunta se la hacen actualmente economistas, sociólogos, investigadores y todas aquellas personas que, de una u otra manera, tienen que ver en sus actividades cotidianas con los problemas sociales de nuestros países. Como se sabe, las respuestas a esta pregunta pueden formularse desde dos puntos de vista totalmente opuestos. 1) que América Latina, efectivamente, experimenta una "explosión demográfica" de graves consecuencias en lo que se refiere al sostenimiento de la población y al desarrollo económico, político y cultural del continente; y 2) que América Latina no está aún sobrepoblada, pues la densidad de su población no alcanza los índices de otras regiones del mundo, por lo cual las preocupaciones demográficas carecen de fundamento. A nuestro juicio, ambas respuestas son demasiado esquemáticas y no pueden convertirse en base de una política justa para resolver los problemas planteados por el crecimiento vegetativo de la población a ritmos registrados en varios de nuestros países.

## 1. Población y estructura económica

Los problemas de población no pueden ni deben analizarse aislados del contexto económico en que se producen. Esto se debe a un hecho elemental, frecuentemente olvidado por quienes en el estudio de estas cuestiones siguen una orientación neomalthusiana: a que los conceptos de *sobrepoblación* y *subpoblación* siempre se refieren a una estructura productiva determinada y aluden a fenómenos que no se dan en abstracto. Por eso nos encontramos con países que, como Checoslovaquia, con 127 869 kilómetros cuadrados y 16 millones de habitantes, tienen problemas de *subpoblación* (falta de mano de obra) mientras Honduras, con 112 088 kilómetros cuadrados y apenas 3 millones de habitantes, se enfrenta a problemas de *sobrepoblación* (exceso de mano de obra).

\* Ponencia Oficial de la Mesa Redonda Políticas de Población en América Latina, en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, a celebrarse los días del 30 de septiembre al 5 de octubre de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

\*\* Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

En el primer caso tenemos el hecho de que la estructura productiva absorbe toda la fuerza laboral disponible y hasta le falta fuerza de trabajo para atender todas las necesidades de la producción y los servicios, por lo cual en Checoslovaquia se aplica actualmente una política de población dirigida a estimular los nacimientos. En el segundo caso nos encontramos con el fenómeno de una estructura productiva incapaz totalmente de darle ocupación a la fuerza laboral existente y la que surge como resultado del crecimiento vegetativo, lo que conduce a concebir una política poblacional orientada a disminuir las tasas de natalidad. Esta paradoja de un país con *subpoblación*, a pesar de tener 125 habitantes por kilómetro cuadrado, y un país con *sobrepoblación*, no obstante registrar apenas 26 habitantes por kilómetro cuadrado, sólo se explica a la luz de las profundas diferencias estructurales existentes entre ellos.

En efecto, la estructura del capitalismo dependiente que caracteriza a los países de América Latina, excepción hecha de Cuba, es incapaz de seguir una dinámica de desarrollo al ritmo necesario para absorber la fuerza laboral disponible en cada país. Por esa razón, las estadísticas de desempleo y subempleo en el área arrojan cifras realmente preocupantes, no sólo por su volumen, sino también por su tendencia al aumento, lo cual indica que la población crece a un ritmo mayor que las oportunidades ocupacionales. La CEPAL informa, ciertamente, que la desocupación en América Latina ha variado de 5.6% en los años cincuenta a 11.1% a principios de nuestra década y que el subempleo, siendo del 26% en la década del sesenta, se ha elevado al 30% en la actualidad. El mismo organismo da a conocer que, de una población activa de 153 millones de personas, el subempleo ha llegado a afectar a 75 millones y el desempleo a 18 millones.

Los países de América Latina tienen una estructura productiva fundamentalmente heterogénea, en la que predominan las relaciones de capitalismo dependiente y en la que subsisten todavía restos de las relaciones de tipo precapitalista, sobre todo las de origen feudal. Las primeras, manifestadas en todo un sistema de condicionamientos externos que impiden el libre movimiento del sistema económico en cada país, son el producto de la expansión del capital monopolista en nuestro continente y la toma por dicho capital de las ramas fundamentales de la economía. Las segundas proceden de la distribución de la tierra entre grupos privilegiados en cada una de las naciones latinoamericanas y la alianza de estos grupos con los representantes del capital monopolista, lo que ha dado lugar a la formación de oligarquías gobernantes sólidamente afincadas en el aparato económico y político de cada uno de nuestros países.

Antes de la entrada del capital monopolista en América Latina, no se daba el fenómeno de la dependencia, y la estructura productiva mostraba una dinámica correspondiente en mayor medida a las demandas del crecimiento poblacional. La naciente industria, puesto que se desarrollaba sin otras trabas que las generadas por un avance económico espontáneo, absorbía una parte de la mano de obra disponible. Al mismo tiempo, la agricultura, aun cuando reflejaba ya los componentes del latifundio y el minifundio, ocupaba el resto de la fuerza de trabajo en razón de la tendencia expansiva que entonces la caracterizaba. Sin embargo, al entrar el capital monopolista durante el último cuarto del siglo pasado y alcan-

zar éste una fuerza avasalladora en las primeras décadas de nuestro siglo, los procesos económicos anteriormente descritos y que podrían tipificarse como generados por el libre juego de las leyes de la producción, la distribución y el consumo, sufrieron, primero, una quiebra, y, después, una deformación que les impidió culminar en la forma natural registrada en otros países, sobre todo los de Europa.

Las relaciones capitalistas, ciertamente, que se desarrollaban en forma libre a partir de la independencia del dominio colonial español y que indudablemente iban a barrer con las relaciones de origen feudal como producto del desarrollo mismo de la estructura productiva, perdieron su fuerza transformadora al ser dominadas por el capital monopolista, dándose así el hecho inaudito de la coexistencia en una misma estructura económica de dos factores históricamente incompatibles: las relaciones capitalistas y las relaciones de origen feudal. A los agentes de los monopolios les convenía, en efecto, mantener las relaciones de procedencia feudal en nuestros países, pues, de esa manera, se aseguraban las fuentes de materias primas, una mano de obra barata y el desplazamiento de toda competencia interna. Por eso, en vez de acelerar el proceso de eliminación de las relaciones precapitalistas, más bien las consolidaron. A lo anterior se debe que en nuestro continente, incluso a esta altura del siglo en que vivimos, aún tengamos esos dos polos de asfixia que se llaman *latifundio* y *minifundio*, como lo revelan los datos que citamos a continuación: en siete países latinoamericanos -Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala y Perú- los minifundios constituyen el 61.8 por ciento de las explotaciones agrícolas y apenas tienen el 6.7 por ciento de la tierra disponible; mientras tanto, los latifundios, siendo únicamente el 2.0 por ciento de las explotaciones, acaparan el 56.5 por ciento de la tierra.

Esta estructura productiva es la que, a nuestro juicio, genera el fenómeno de la *sobrepoblación relativa* en un continente que, teniendo un poco más de 20 millones de kilómetros cuadrados, registra por ahora una

población de 300 millones de habitantes, es decir, la escasa densidad de 15 personas por kilómetro cuadrado. El desempleo y el subempleo existentes no se deben, por lo tanto, a que los latinoamericanos seamos muchos, sino que la estructura productiva de los países, frenada en su movimiento por la dependencia y por los restos feudales, no es capaz de absorber la mano de obra ya existente y la que año con año se incorpora al mercado del trabajo. Este hecho es grave a todas luces porque los problemas sociales de nuestros países se agudizan en forma continua, lo cual quiere decir que mientras subsista dicha estructura tales problemas no podrán resolverse. La existencia en América Latina de 100 millones de personas subalimentadas, 75 millones de subempleados, 18 millones de desempleados y 12 millones de niños sin escuelas, nos está indicando la caducidad precisamente de la estructura productiva establecida y no el exceso de la población.

## 2. *Las tendencias demográficas actuales*

América Latina experimenta, sin duda alguna, un acelerado crecimiento de su población. Ello se debe, entre otros factores, a una elevada tasa de natalidad y a la constante disminución de las tasas de mortalidad. A causa de estos hechos, se prevé que, si se mantienen las actuales tendencias demográficas y no ocurren eventualidades, nuestro continente alcanzará los 600 millones de habitantes a la altura del año 2000. Hoy día la tasa de crecimiento poblacional es de 2.9 por ciento, mientras que en la década del 30 fue de 1.9 por ciento. Esta variación, unida al descenso real de la mortalidad bruta, es un factor decisivo en el aumento absoluto de la población latinoamericana. A esto hay que sumar la tasa global de fecundidad, o sea el promedio de hijos por mujer al término de su vida fértil, que en el continente es de 5.2, existiendo países donde alcanza más del 7.0.

El estudio de estos datos ha determinado que los especialistas hablen ahora precisamente de "*explosión demográfica*" al referirse a los temas de población en América Latina. Luego, al hacer las proyecciones demográficas, dichos especialistas calculan que si hoy los problemas socio-económicos de América Latina alcanzan cifras abismales, sobre todo el desempleo, el subempleo, el analfabetismo y la insalubridad, al duplicarse la población en el año 2000, dichos problemas serán todavía mucho más graves. Por eso, tanto los gobiernos como numerosos organismos internacionales, se apresuran a diseñar políticas para hacerle frente a una realidad que se avizora en términos dramáticos. Naturalmente, esas políticas se dirigen sólo al abatimiento de las tasas de natalidad y no a la modificación de las estructuras que, hoy por hoy, se muestran incapaces de proporcionar los recursos y las oportunidades para atender a la población latinoamericana en constante y acelerado desarrollo.

### 3. Las políticas de población

Numerosos autores contemporáneos, principalmente los que se inscriben en la escuela neomalthusiana, consideran que los problemas sociales de América Latina se deben al hecho de que registra una tasa de natalidad más alta que el resto de los continentes y que las grandes concentraciones humanas de China, Japón, la Unión Soviética y Estados Unidos. En efecto, nuestra tasa de crecimiento, como hemos dicho en otra parte, es de 2.9 por ciento, mientras la de Africa es 2.6; Asia, 2.4; China, 1.7; Japón, 1.2; la URSS, 1.0; Estados Unidos, 0.6; y Europa, 0.5 por ciento. Ante tales datos y como la vía inmediata para resolver los grandes problemas sociales del continente, así como asegurar su desarrollo en todos los terrenos, dichos autores propician una política poblacional basada en el control de la natalidad, lo que ha dado origen a numerosos programas dedicados a implementar tal política.

La esencia de esta preocupación por el acelerado crecimiento demográfico de nuestros países no se encuentra, a nuestro juicio, en el deseo legítimo de contribuir a resolver los problemas sociales del continente e impulsar el desarrollo del mismo en todos los campos. Esa preocupación tiene más bien motivaciones políticas, pues se teme que las grandes masas del continente, impelidas por la insatisfacción de sus necesidades fundamentales, pongan en peligro el sistema económico-político y, en esa medida, debiliten las posiciones de las potencias neocolonialistas. *"Al final -dicen los autores neomalthusianos, Thomson y Lewis- sólo hay una salida segura para aliviar las presiones de población que por lo menos agravan las tensiones entre países y, asimismo, pueden ser la primera causa que motive guerras particulares: este modo seguro de aliviar la presión de la población consiste en que el hombre ajuste su tasa de natalidad a su capacidad para llevar una vida decorosa con los recursos de que dispone"*.

Esta misma preocupación por las presiones que sobre el sistema pueden realizar las masas insatisfechas de América Latina, aparece reflejada también en los pronunciamientos de algunas autoridades de los Estados Unidos, país que tiene una responsabilidad directa en la imposición de las caducas estructuras económicas establecidas en el continente. Para el caso, en 1964, el señor John D. Rockefeller, presidente de la Junta Fiduciaria del Consejo de Población, al hablar en un seminario de la Unión Panamericana, comparó los problemas de la explosión demográfica con el estallido de la bomba atómica. En 1965, el presidente de los Estados Unidos, Lindon B. Johnson, en un mensaje a la Conferencia Mundial de la Población, manifestó que su país *"apoyaría sin reservas los esfuerzos de la ONU para hacer equilibrio entre los recursos de que dispone el*

*mundo y el número de sus pobladores*". Finalmente, el mismo mandatario norteamericano, dirigiéndose el 25 de junio de 1965 a la Asamblea General de las Naciones Unidas, expresó que *"5 dólares en el control de la natalidad valen lo que 100 dólares invertidos en el crecimiento económico"*. Con base a tales criterios, las agencias norteamericanas invierten actualmente más de cien millones de dólares en programas de control de la reproducción, conocidos con el nombre de *"planificación familiar"*.

La política del abatimiento de las tasas de natalidad parte de supuestos muy simples y elementales. En primer lugar, considera que los grandes problemas socio-económicos de América Latina tienen su origen exclusivamente en el crecimiento de la población. En segundo lugar, postula el criterio de que frenando las tasas de crecimiento demográfico se produce una disminución de las masas necesitadas y que, en esa medida, se dispone de mayores recursos para atender a la población restante. En tercer lugar, plantea que la disminución del ritmo de crecimiento poblacional trae como consecuencia necesaria el mejoramiento de las condiciones de la acumulación capitalista, por cuya razón las economías en su conjunto disponen de recursos adicionales para impulsar el desarrollo multilateral de la sociedad.

Nosotros creemos sinceramente que estos supuestos no se dan ni pueden darse en los países capitalistas dependientes donde se aplican las políticas de restricción drástica de la natalidad. Ello es así, fundamentalmente, porque, como lo hemos dejado establecido en párrafos anteriores, los grandes problemas de América Latina no tienen su origen exclusivamente en el acelerado ritmo de aumento de la población, sino en las deformaciones de la estructura económica. Por ese hecho, el descenso de las tasas de crecimiento demográfico como la única medida, no puede ser respuesta ni siquiera para lo que preocupa a los impulsores de los programas antes aludidos: la presión contra el sistema económico-político por parte de las masas populares con necesidades insatisfechas. Esos programas no podrán ser nunca tan masivos y eficaces como para lograr el ansiado equilibrio entre recursos disponibles y población.

#### *a) Políticas de población y escuelas de medicina*

La Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras ha rechazado tomar parte en los programas de control de la natalidad que se llevan a la práctica en nuestro país bajo los auspicios de la Asociación Hondureña de Planificación Familiar. Esta actitud de la Escuela de Medicina de nuestro país obedece a dos razones fundamentales. Primera, a que no está de acuerdo con los argumentos que se aducen para

justificar el control demográfico; y, segundo, porque estima que una verdadera "*planificación familiar*" no debe consistir solamente en la restricción de los nacimientos, sino también la asistencia a la familia en los distintos problemas que determina su condición de fundamento de la sociedad: el económico, el psicológico, el organizativo, el habitacional, etcétera. De acuerdo con este criterio, la Facultad de Medicina de nuestro país estima que la "*planificación familiar*" deben hacerla equipos multidisciplinarios, no sólo personal de salud, a fin de prestar auxilio a la familia en problemas que rebasen el exceso o la falta de natalidad.

Debemos decir también que la Facultad de Medicina de Honduras se ha negado a participar en las actividades relacionadas con los programas de control demográfico porque no siempre éstos se llevan a cabo con las garantías científicas adecuadas y el respeto a la voluntad del paciente. Esto es tanto más notorio cuanto que en los últimos tiempos algunas agencias internacionales dedicadas a este trabajo recomiendan y estimulan el empleo de personal no médico para los servicios de "*planificación familiar*". En algunos casos el atrevimiento llega incluso hasta el empleo de personal no especializado en la realización de esterilizaciones, como lo recomendó Rosenfield en la Segunda Conferencia Internacional sobre la Esterilización Voluntaria, efectuada en Suiza durante el mes de marzo de 1973. Naturalmente, la Facultad de Medicina no puede, por su alta investidura científica, avalar prácticas de tanta peligrosidad y de tan escasas garantías para los sujetos de las mismas.

#### *b) Políticas de población y agencias internacionales*

En Honduras la política de control de la natalidad es llevada a la práctica por la Asociación Hondureña de Planificación de Familia, fundada en 1963. El financiamiento de este organismo procede de la Federación Internacional de Planificación de Familia (FIPF), fundada en 1952 en Bombay, India, y con sede regional en New York. A su vez, esta entidad recibe apoyo económico de AID, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller y otras. Es necesario decir a este respecto que los organismos internacionales, particularmente los de Estados Unidos, iniciaron su trabajo de control de la natalidad en países como la India y Pakistán a principios de la década del cincuenta y con gastos sumamente cuantiosos. Antes de este periodo no tenían una política organizada en tal sentido, porque, como afirma Josué de Castro, el hambre se encargaba de eliminar a millones de personas y, de esa manera, se restablecía el equilibrio perdido entre recursos y población.

Sin embargo, después del triunfo de los procesos revolucionarios en algunos países de Africa y Asia, los estrategias del capitalismo se dieron

cuenta de que el hambre ya no era un buen aliado y un elemento estabilizador del sistema, sino más bien un poderoso impulsor de las luchas de los pueblos contra la miseria, la injusticia y la explotación. Por ello, las agencias internacionales aceleraron sus actividades en las áreas demográficas más explosivas, como la India y Pakistán, para luego, en un análisis ponderado de las condiciones, volver los ojos hacia América Latina ante el temor de que el alto ritmo de crecimiento demográfico convierta a nuestros países en un polvorín. Esta preocupación por el caso latinoamericano se intensificó a partir de la década del sesenta, lo cual parece demostrar el carácter preventivo de tal actitud frente a procesos políticos como el de Cuba después de enero de 1959.

#### *c) Las políticas de población y el Estado*

El Estado hondureño participa de alguna manera en la política de control de la natalidad instrumentada a través de los programas de "*planificación familiar*". Con este propósito las unidades de asistencia médica, tanto las del área metropolitana como las regionales, reciben instrucciones precisas del Ministerio de Salud Pública para alcanzar determinadas metas en este campo. Por ejemplo, según el Plan Operativo Nacional de 1979, el Ministerio de Salud de Honduras se fija el objetivo de atender a 138 491 personas con el servicio de "*planificación familiar*", cantidad que distribuye entre el área metropolitana y las siete regiones sanitarias en que se dividen los servicios de salud pública en nuestro país. Este programa especial ha sido financiado por AID en años anteriores, pero últimamente recibe fondos del Estado.

#### *4. Conclusiones*

Los análisis que hemos hecho anteriormente nos afirman en el criterio de que no puede hablarse de sobrepoblación, refiriéndonos al continente latinoamericano, si no se toma como punto de referencia la estructura productiva de nuestros países. En ese sentido, la sobrepoblación absoluta no existe entre nosotros y, por ello, carecen de fundamento las preocupaciones demográficas que hoy día se utilizan para justificar las políticas contra la natalidad. La sobrepoblación existe en América Latina únicamente como producto de las caducas estructuras económicas aún vigentes, ya que, por la dependencia que las afecta y por arrastrar resabios de naturaleza feudal, no tienen capacidad para absorber toda la fuerza de trabajo que se genera y mucho menos para impulsar el desarrollo de la sociedad latinoamericana como lo requieren los pueblos.

Sin embargo, y no obstante lo anterior, es imposible dejar de reconocer que América Latina registra una tasa de crecimiento poblacional más alta que la observada en los demás continentes y en las mayores concentraciones humanas de la tierra. A consecuencia de esto, además de otros factores, los problemas socioeconómicos de la región tienden a empeorar en forma continua, con todos los efectos que tal hecho implica desde el punto de vista de las contradicciones sociales. Pero atacar el problema sólo en el terreno de las tasas demográficas y no atacarlo en su fuente, es decir, las estructuras económicas, es, a nuestro juicio, equivocado y superfluo. Equivocado porque no es cierto que el descenso de las tasas demográficas producirá la solución de los graves problemas que afectan a nuestros países; y superfluo, porque tal política no podrá alcanzar nunca niveles de eficacia y amplitud como los que se requieren para incidir en forma decisiva sobre el crecimiento poblacional. Por ello, según pensamos nosotros, el único camino en la transformación radical de las estructuras productivas, lo que no sólo ensancha las oportunidades para el pueblo en todos los campos, sino que también lo reeduca frente a la vida.

## BIBLIOGRAFIA

1. Paul Singer, "*Crecimiento Demográfico y Desarrollo socio-económico, una visión de Latinoamérica*", Revista Estudios Sociales Centroamericanos, septiembre-diciembre de 1974.
2. Paulo Campanario y Ernesto Richter, "*Superpoblación Capitalista en América Latina*", Revista Estudios Sociales Centroamericanos, septiembre-diciembre de 1974.
3. Wim Dierckxsens, "*La Reproducción Humana y la Reproducción del Régimen de Producción Capitalista en el Tercer Mundo*", Revista de Estudios Sociales Centroamericanos, septiembre-diciembre de 1974.
4. Moisés Poblete Troncoso, *La explosión demográfica en América Latina*, Santiago de Chile, 1967.
5. Werren Thompson y David Lewis, *Problemas de Población*, México, 1969.
6. Alain Touraine, *Las Sociedades Dependientes, Ensayos sobre América Latina*, Siglo XXI, México, 1976.
7. Celso Furtado, *La Economía Latinoamericana, formación histórica y problemas contemporáneos*, Siglo XXI, México, 1976.

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

MESA REDONDA  
POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA  
Inciso a) Políticas de población y escuelas de medicina

Por Joao Amilcar Salgado (Brasil)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL, México, 1979



## POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA

### Inciso a) Políticas de población y escuelas de medicina'

Por Joao Amilcar Salgado''

#### *Bases de la relación entre las escuelas de medicina y la política de población*

##### *Introducción*

La comprensión de la relación entre las escuelas de medicina y la población, sería mayor si estuviera precedida por un análisis externo de la relación cuantitativa existente entre ambas, incluyendo factores como localización de las escuelas y movilidad (flujo) poblacional.

La comprensión de este fenómeno puede ser útil en la toma de decisiones políticas (1, 7, 8, 9).

##### *Análisis externo*

El aumento significativo del número de escuelas de medicina parece depender, necesariamente, del crecimiento poblacional.

Sin embargo, esta sola condición no es suficiente, ya que es posible el crecimiento de la población, incluso durante décadas, manteniéndose constantes el número de escuelas y la cantidad de médicos egresados de ellas. Este hecho, señalaría la relación del número de escuelas con una fracción de población con altos ingresos, antes que con el total de la misma.

Esta tendencia se modifica aparentemente a partir de la década de los 60 en los países en desarrollo, como efecto probable de importantes modificaciones en los aspectos económicos de la asistencia médica (8).

La existencia de una población suficientemente numerosa como para ser considerada directa o indirectamente, mercado potencial de productos y servicios; real o falsamente relacionados con su salud, ha modificado profundamente el patrón liberal en la asistencia médica tradicional.

El uso de este mercado potencial a través de métodos sofisticados de conquista y exploración del mismo, tiende a sustituir el patrón "artesanal", por mecanismos de economía de escala que son relativos a las grandes inversiones realizadas por organizaciones complejas y poderosas.

Si bien la asistencia médica anterior se apoyaba en la fracción de la población con altos ingresos, en la tendencia actual importan más los ingresos totales de la población y especialmente la parte de esos ingresos

que fue conquistada por los métodos a los que se hizo referencia y que son utilizados en el sentido de forzar el consumo de productos y servicios.

Si se consideran sólo estos dos aspectos de los ingresos, se torna incómodo y en cierto sentido, inconveniente que los ingresos se distribuyan equitativamente entre la población, pues todo es más fácil cuando los consumidores están representados por un solo mecanismo, como por ejemplo, un sistema de previsión social que se limite a recaudar y acumular los recursos requeridos por las economías de escala.

La asistencia médica tradicional desarrolló un proceso de autoregulación en el que el número de escuelas de medicina y de estudiantes era controlado para no producir más médicos que los que requería el mercado al que estaban destinados. La modificación observada exige médicos cualitativamente diferentes y en cantidades adecuadas al crecimiento de la economía. En este caso el número de escuelas y de alumnos, pasan a obedecer a estos nuevos criterios que escapan al control de autoregulación tradicional hecha por la propia clase médica. El número de estudiantes y de escuelas, así como la localización de las últimas en determinado ámbito, resultan aleatorios, correspondiendo a los puntos de ruptura de aquella autoregulación, pero en el ámbito global, muestran la tendencia a satisfacer la nueva demanda.

La reciente proliferación de escuelas de medicina y el súbito aumento de la producción de médicos, en vez de mostrar repentina preocupación y la correspondiente adecuación del número de profesionales a la salud de la población, representa apenas, la ruptura del antiguo círculo hermético del mercado de médicos, causada por la intromisión en el mismo de intereses más poderosos que los referidos al "status" y a la aristocracia tradicional de la clase médica. Es curioso que uno de los argumentos usados en el sistema tradicional para contener la proliferación de escuelas médicas era que éstas resultaban altamente dispendiosas para la comunidad. Bastó aquella ruptura para que los cursos se expandiesen y se crearan nuevas escuelas sin casi ninguna inversión de capital, ya que el objetivo era formar al nuevo médico como un mero agente de consumo, independientemente de su antigua "calidad" en la formación. Más exactamente, cuanto menor "contenido" conlleve su formación, más adecuadamente él podrá ser aquel agente de consumo protegido por su título de médico. Otro indicador de la preocupación de producir aceleradamente profesionales médicos con una importancia apenas cuantitativa y con creciente proporción de mujeres entre esos nuevos médicos, no concuerda con la actitud de países fuertemente aprisionados en los pre-conceptos en contra del trabajo femenino.

La localización de las escuelas médicas tiende también a obedecer a los intereses económicos descritos, o sea, está restringida a las áreas beneficiadas, urbanizadas y ricas. Esas áreas, acaban siendo, un factor de movilidad horizontal de la población, pues, la motivación de las corrientes migratorias, más allá de la esperanza de mejores ingresos para las personas, incluyen la perspectiva de seguridad para la salud, atendida y alentada por la presencia de centros médicos, inclusive gratuitos, creados alrededor de las escuelas de medicina. Más allá de ser el factor adicional y acumulativo de la migración, la presencia de la escuela de medicina queda relacionada con la movilidad vertical, tanto de la población local donde se instala -por el "status" que confiere- como de los estudiantes que en ella se matriculan y que consideran la escuela como un canal de ascenso social antes que de mera formación de recursos humanos.

Por eso, que el factor secundario del prestigio puede, eventualmente, determinar la localización de una o más escuelas en regiones económicamente inadecuadas. Pero un factor más determinante que el económico finalmente triunfa; en la medida en la que la mayoría de sus alumnos, poseen mayor poder adquisitivo ya que provienen de regiones ricas. De todo esto resulta que las regiones pobres, ingenuamente, acaban produciendo médicos para regiones ricas, inclusive los pocos alumnos locales emigran hacia centros mayores en busca de especializaciones (1).

### *Análisis interno*

El análisis externo revela que el número, la localización de escuelas, el número y destino de la producción de médicos, tanto antes como en la actualidad, obedecen a determinaciones económicas y sólo incidentalmente corresponden a las necesidades de salud de las poblaciones. Aun cuando esa correspondencia no fuese incidental, restaría al sistema coherencia interna. En otras palabras es posible alcanzar cantidades adecuadas y distribución de escuelas médicas en función de la población, si se mantienen los curriculums inadecuados a las mismas y viceversa.

En el patrón tradicional de asistencia médica, existía coherencia curricular porque estaba referida a la fracción de población con ingresos más altos. Como esta fracción demanda asistencia médica análoga a la de los países más ricos, los curriculums médicos eran "*universales*" en el sentido de que se exportaban desde las Metrópolis en correspondencia con este patrón, hacia los países pobres de todo el mundo. El nuevo patrón de asistencia médica, requerido por la escalada económica descrita, los curriculums en los países pobres, han sido inducidos, como se dijo an-

teriormente, a producir un nuevo tipo de profesional. En vez de un profesional liberal "*artesanal*", casi "*sacerdote*", "*científico*" y "*artista*", se exigen médicos numerosos y asalariados, como cualquier hombre-máquina de una organización-máquina-compleja, cuya función es la de prescribir productos que serán consumidos o manejar equipos que deben ser adquiridos. Esto significa que lo que le queda a ese nuevo profesional no es sólo la disminución de un modelo de competencia tradicional, sino que tiene, más bien, características propias. Siendo su formación destinada -como trazo indicativo- a la prescripción nominal de fármacos "*programados*" y al manejo "*robotizado*" de determinados equipos.

Ahora bien, para esta formación no es necesaria cualquier adaptación curricular, pues del mismo modo que el nuevo profesional es una caricatura del antiguo, basta que el curriculum se mantenga el mismo por lo menos en apariencia, constituyéndose de hecho en una caricatura decorativa y teórica de sí mismo, y de esta manera resulta un instrumento de consumo. Eso significa que si el curriculum tradicional, aún siendo eficiente, no se adecuaba a las necesidades de las poblaciones, ese curriculum ahora "*caricaturizado*" por las nuevas demandas del mercado, presenta un alarmante agravamiento de las inadecuaciones a la realidad de la salud en los países en desarrollo.

Entre estas inadecuaciones figuran cuestiones fundamentales como las imágenes del médico, del profesor y del investigador, del ciclo básico, de la residencia médica, de la especialización y del postgrado, del hospital universitario y de la relación entre enseñanza y asistencia médica (8). Como consecuencia es posible verificar diversas nociones y conductas aceptadas pasivamente por generaciones de médicos en países tropicales y con diversidad racial, desconocedores de la importación de una medicina diseñada para población blanca de países fríos (4). Como ejemplo de este equívoco es que el curriculum tradicional transplantado al trópico, en vez de considerar cualesquier de sus disciplinas como medicina tropical, prosiguió tratando a esta última como algo específico y ajeno a la medicina. Así en la presencia casi universal de infecciones y desnutrición, a nadie le extrañó que estas fuesen tratadas como patología exótica, así fuera en Liverpool, París, Hamburgo o Nueva Orleans. No es de extrañar que de esta manera "*los especialistas*" tropicales, en dolencias tropicales, fueran estimulados a producir y generar informaciones paralelas o divergentes sobre esa patología -en vez de producir resultados convergentes-, la patología resultaba explorada a la manera de un "*cobayo*" con objetivos ajenos a ella misma.

En vez de encarar la patología tropical -desde el ofidismo a la enfermedad de Chagas- como problemas, se tratan como manantial de información para otros fines en la medida en la que producen descubrimientos sin duda importantes y que, fatalmente desestimulan soluciones ligadas a las necesidades de las poblaciones afectadas (7).

Es irónico que muchos descubrimientos hayan sido corolario de otros hechos por los europeos cuando desembarcaron en América, al verificar que los indígenas practicaban una medicina más avanzada que la suya, en todos los aspectos (2, 5).

Así como en América se exportó la información primaria del uso de la ipeca, del jaborandí, del curare y de la cocaína, hoy exportamos -por mecanismos altamente sofisticados, sin quitar su carácter de materia prima- información sobre bradixinina y antiangiotensina (3, 6).

Es exactamente en el área de la información en la que se exagera la inadecuación de la enseñanza y la investigación sobre la realidad de la salud.

El desenvolvimiento asincrónico de los factores de progreso, principalmente cuando importados también asincrónicamente por los países en desarrollo, pueden generar desde el genocidio hasta la explosión de enfermedades venéreas. De hecho, saber que se puede asesinar indios en cantidades, no conocer el efecto del uso de compuestos químicos en la agricultura o que los reactores nucleares pueden matar en masa y por mucho tiempo aún sin haber penetrado en el radio de la pila; provocan la perplejidad de todo un continente. No tener miedo a la enfermedad o a la gravedad -dos miedos antropológicamente fundamentales anulados por la vehiculización de un exceso de confianza en torno a la tecnología médica- puede generar epidemias o eternizar endemias. El curriculum que no prepare al médico y a la comunidad tanto para usar la información como para defenderse de la desinformación es un curriculum inadecuado a la grandeza y a la miseria de la comunicación de masas. Por el curriculum que predomina en un país desarrollado, orgulloso de ser desarrollado también en los aspectos de la publicidad y la propaganda, hace que la salud de su población esté seriamente amenazada.

De todas estas inadecuaciones la más flagrante parece ser la que relaciona las características demográficas y la enseñanza de la pediatría.

El curriculum tradicional reserva a la medicina infantil un pequeño espacio, correspondiente al ocupado por la especialización pediátrica en los países ricos, eso es coherente con el hecho de que estos países además de tener una población joven relativamente escasa, tienen a la mayoría de sus niños sin problemas de salud.

La pasiva adopción de este modelo curricular en las escuelas médicas de países cuya población infantil llega al 50%, no sólo es una impresionantemente indiferente por la realidad que la circunda, es como una especie de confesión de que la población infantil no tiene ningún significado económico o por lo menos ético para los intereses que controlan la producción y la formación de médicos (8).

### *Políticas de salud, educación y población*

En la Universidad Federal de Minas Gerais, en el Brasil, fué implantado en 1975 un proceso de desarrollo curricular propuesto para atender las necesidades de salud de la población local (9). El curriculum anterior reservaba un 6.9% de la carga horaria del ciclo profesional a la enseñanza de la pediatría, la que era predominantemente teórica y administrada en los últimos días del curso. La nueva enseñanza sustituyó la Pediatría por la Medicina General Infantil, enseñada precoz y ampliamente en las mismas condiciones que la Medicina General de Adultos (Figura 1). Para ello, fue necesario sextuplicar la carga horaria y quintuplicar el cuerpo docente especializado en Medicina Infantil. Al momento se está estudiando una expansión adicional del programa. La experiencia curricular -adecuada a un país con más de 40 millones de niños- muestra que es altamente beneficiosa, no sólo por la facilidad con la que los jóvenes estudiantes cuidan la salud infantil sino también por la conciencia que tienen acerca de la realidad de la salud, en el que desarrollan su trabajo.

Aquí llegamos a un punto fundamental en el que la adecuación del curriculum y la realidad de salud madura a nivel de la plena conciencia del estudiante en relación a esa realidad. Pero este punto, situado por los pedagogos, en la esfera de las actitudes, no se disocia de la vivencia, cara a cara, con esa realidad.

En otros términos, la práctica clínica dentro de esa realidad, sin interposiciones y sin selección no es sólo el requisito para tomar plena conciencia de esa realidad, como resultaría inocua y contraproducente la búsqueda de conciencia a través de la simple tematización del problema.

Por eso es que el curriculum no debe tener cualquier doctrina o proselitismo implícitos, excepto el del esfuerzo continuo para colocar al estudiante de cara a los pacientes y a la comunidad, sustituyendo la relación tradicional profesor-alumno por la relación alumno-paciente-comunidad. El profesor o sus equivalentes institucionales (que son la disciplina científica o el departamento) y tecnológicos (que van desde el dispositivo hasta el computador) deben ser adecuados según su competencia y su función. En este caso, la existencia de los Departamentos de Medicina Preventiva en las escuelas de medicina, institucionaliza, a ni-

vel de la formación profesional la falsa alternativa entre medicina curativa y preventiva e ilustra muy bien la equivocación de querer tematizar sin vivir la realidad de salud (8).

Se invierte, por tanto, la pedagogía del curriculum tradicional consistente en "*preparar*" cognoscitivamente al alumno para una experiencia psicomotora y afectiva de la realidad. Ahora, es la experiencia global de la relación del estudiante con la realidad del paciente y de la comunidad la que le da "*libertad*" para tematizar maduramente todo esto o más. Por ejemplo, después de la vivencia de la realidad materno-infantil, en todas sus implicaciones clínicas y médico-sociales, el estudiante habrá adquirido verdadera "*preparación*" para tematizar problemas como la planificación familiar. Por eso mismo, nada le resultará ajeno, ni siquiera las habilidades, las técnicas o las alternativas del control de la natalidad o de la esterilidad y de la sexología, más aún si éstas están siendo utilizadas de modo que constituyen parte de la realidad de la salud.

En este sentido es que en el proceso curricular arriba referido, se incluyen las disciplinas optativas de Reproducción Humana y Planificación Familiar (9). Nótese que el contexto exige que estas disciplinas pioneras se desenvuelvan más allá de la coherencia "*estética*" del proyecto, y concuerden con la realidad externa de las altas tasas de natalidad. Deben significar la atención específica de las cuestiones relativas al problema poblacional, surgidas no de consideraciones teóricamente polémicas sino de las necesidades primarias de la comunidad. Así el aprendizaje optativo (exploratorio de una especialización vocacional) referente a la reproducción humana supone la atención del problema de la planificación familiar, lo que a su vez, supone el atender (aprendizaje obligatorio) la medicina general de adultos o de niños. Si recordamos que la medicina general se hace en términos de necesidad y no de demanda, es por tanto de salud y no de enfermedad -verificaremos que la enseñanza y la investigación serán nuevos subproductos en beneficio de la mejor calidad de la adecuada atención de la salud- (Figura 2).

El principio de que el curriculum desempeñe una función aceptable sin adecuada atención de la comunidad, implica revisar el concepto tradicional de extensión -de concesión, dirigista y paternalista- y sustituirlo por la apertura integral de la escuela a las necesidades de la población que la sustenta. Esto explica las frustraciones de la extensión en casi todas las áreas (7, 8).

Con sentido análogo, el mismo proceso curricular incluye entre otros, la atención a la medicina del trabajo, la fisioterapia, la geriatría y la sicología.

gía médica en su sentido más amplio (9) o que traduce, al lado del ejemplo ya citado en la Pediatría, el reconocimiento, -dentro de la realidad de la salud-, de la participación de la medicina en la discriminación económica, referida a la fracción de la población productiva de la no productiva.

De hecho, el uso de recursos médicos por las empresas para elevar y mantener la productividad de sus trabajadores, debe ser críticamente evaluado no sólo en relación a las necesidades humanas globales de esos trabajadores sino sobre todo en lo que significa el uso de la medicina en la marginalización de los mismos trabajadores cuando todavía son niños o cuando se tornan paralíticos, neuróticos, psicóticos o viejos. En ese contexto la atención pediátrica, fisiátrica, geriátrica y psiquiátrica se hace bajo una permanente interrogante: ¿La medicina está siendo usada para resolver los problemas de esas personas o para resolver el problema de los que quieren librarse de ellas? Infelizmente, esta terrible perspectiva que nos gustaría situar en el ámbito de la ciencia-ficción se torna cada vez más presente en la medida en la que la tecnología médica pasa a ser dirigida; de un lado, selectivamente para maximizar el "consumo" de la población productiva y por el otro, de manera activa para minimizar la sobrecarga del grupo no productivo (tabla 1).

*Tabla 1.* Actividades médicas compatibles con la discriminación entre población productiva y no productiva, inclusive a través de la tecnología y de la marginalización activa.

Productividad	Marginalización Activa
Medicina del Trabajo	Psiquiatria Geriatría
Medicina Deportiva	Fisiatría Pediatria

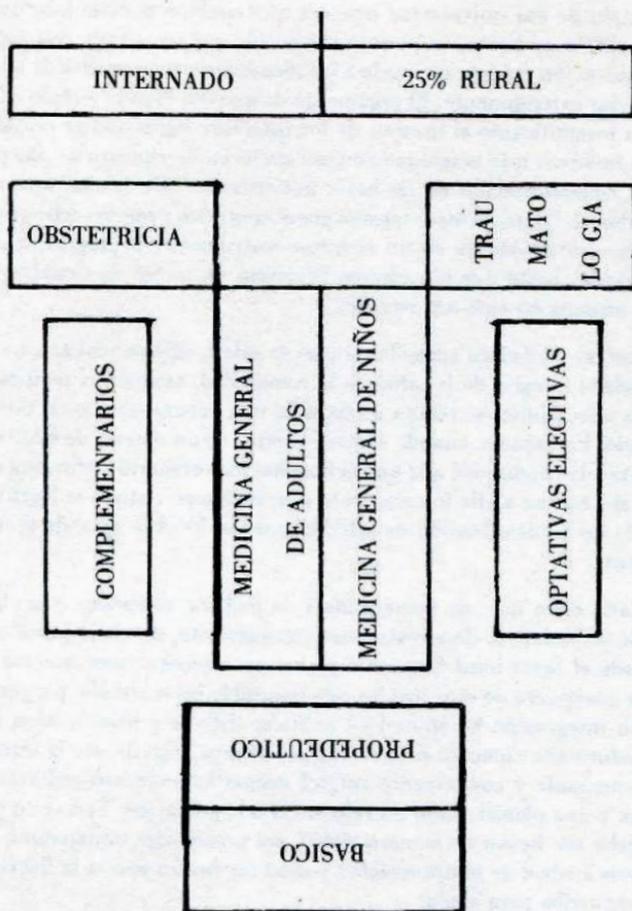
En cuanto a la localización de la escuela, merece atención el ejemplo de la acción del curriculum citado que, establecido en el área metropolitana, creó correctivamente el internado rural, en un área geográfica de la que no provenía ninguno o casi ninguno de sus alumnos, no sólo para que trabajen en ella, sino también para que completen sus vivencias en diversidad de ambientes y circunstancias (1, 9).

El ejemplo de esa universidad muestra que también al nivel interno de la escuela de medicina, es posible y deseable que se ejercite una política de educación médica adecuada a las realidades y necesidades de salud, verificadas extensamente. El argumento de que ese cambio aislado e ineficaz es insignificante al interior de los intereses estructurales prevalentes, favorece más la mantención del status en detrimento de una progresiva concientización de las bases profesionales. De hecho, este tipo de cambio se repite en otros lugares por el contraste y por los debates que provoca, convirtiéndose en un poderoso instrumento de progresiva concientización, hasta que sus efectos devengan en factor de cambio y de mayor eficacia en ámbitos mayores.

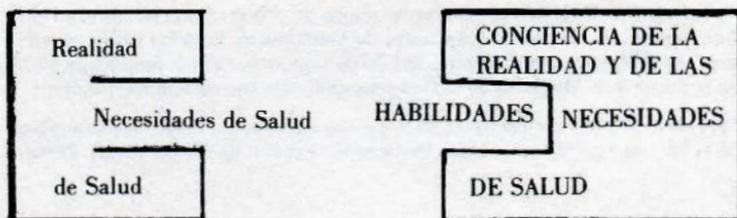
Así como el verdadero aprendizaje para la salud, sólo se realiza a través del cuidado integral de la salud de la comunidad, también la política de cambio educacional se realiza a través de una concretización en tiempo y espacio. En espacio, cuando se hace a través de un sistema de salud que se limita a la comunidad a la que el hospital universitario dedica sus cuidados abriéndose a ella íntegramente y en el tiempo cuando se logra que a través de la planificación de salud el proceso local se agrande progresivamente.

Resultaría claro que -de manera ideal- la política, el sistema y la planificación de salud se desarrollaran verticalmente, de abajo hacia arriba, desde el nivel local hasta el regional o nacional e internacional. Y, que en cualquiera de esos niveles, sea imposible estar aislado, porque requieren integración horizontal en política, sistema y planificación tanto de educación como de producción económica (Fig. 3). De la integración emergente y convergente surgirá necesariamente una política, un sistema y una planificación en referencia a la población. Todo esto puede y debe ser hecho de manera global, sin prioridades unilaterales, por lo menos a nivel de la universidad y debe ser hecho aún si la iniciativa surge de arriba para abajo.

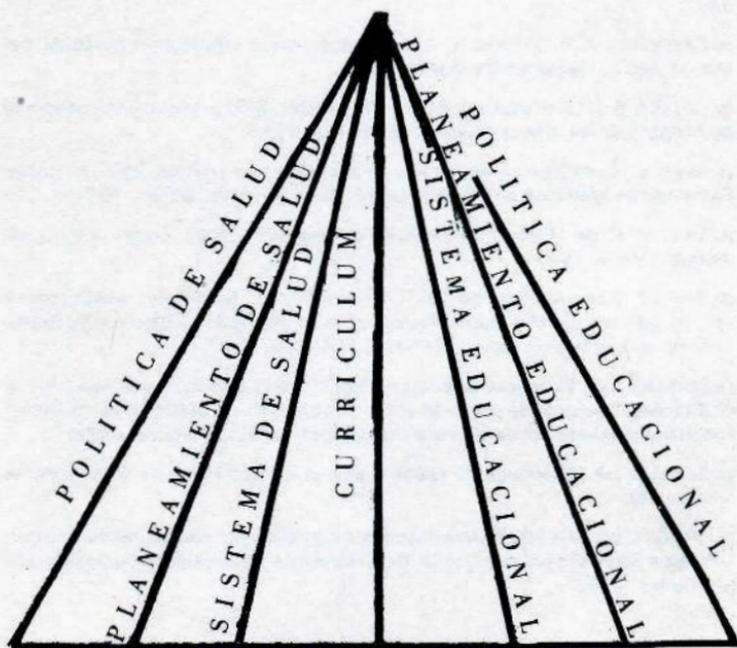
Sin embargo, esa posición creativa y agresiva de la universidad, exige una nueva universidad que lejos de ser clausurada, elitizada y esterilizada por la sumisión política y cultural, se abra y se integre a la realidad y a las necesidades sociales que la circundan.



*Fig. 1.* Esquema demostrativo del nuevo currículum, cuyo eje principal es la medicina de adultos y niños, administrada precoz y abundantemente, muestra también la importancia relativa de los ciclos y disciplinas.



*Fig. 2.* Esquema demostrativo de que el ejercicio de las habilidades para atender las necesidades de salud, sin interposición y sin selección, es la llave para abrir la conciencia a la realidad de salud como objetivo esencial de la enseñanza médica.



*Fig. 3.* Esquema demostrativo del origen y convergencia de la política, de la planificación y del sistema tanto de salud como de educación para los currículums en el área de la salud. En verdad la figura debería ser tri-dimensional para incluir la política, la planificación y el sistema de producción económico sin el que educación y salud no tendrían sustento.

"Ponencia Oficial de la Mesa Redonda, inciso a), con el mismo nombre, en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, celebrada los días 30 de septiembre a 5 de octubre de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

"Profesor adjunto del Departamento de Clínica Médica y asesor-pedagógico de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Campos, M. M. M. M.; Carvalho, M. C. S.; Ribeiro, C. M. P. & Salgado, J. A.: Diagnóstico da situação do ensino de medicina na Universidade Federal de Minas Gerais. Relato de pesquisa. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da UFMG, 1973.
- (2) Cavalcante, P. B. & Friel, P.: A farmacopéia tiriyó-estudo étno-botânico. Belém. Museu Paraense Emílio Goeldi, 1973.
- (3) Ferreira, S. H.: A bradykinin potentiating factor (BPF) present in the venom of Bothrops jararaca. Brit. J. Pharmacol 24: 163, 1965.
- (4) Leao, E.: Contribuição ao estudo do escorbuto na criança. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1977.
- (5) Mira, M. F. de: História da medicina portuguesa. Lisboa. Empresa Nacional de Publicidade, 1947.
- (6) Rocha E. Silva, M.; Beraldo, W. T. & Rosenfeld, G.: Bradykinin, a hypotensive and smooth muscle stimulating factor released from plasma globulin by snake-venoms and by trypsin. Amer. J. Physiol. 156: 261, 1949.
- (7) Salgado, J. A.: Educação profissional nas ciências da saúde in UFMG-CAPES. IV Simpósio Nacional de pós-graduação nas ciências da saúde. Belo Horizonte. Faculdade de Medicina de Universidade Federal de Minas Gerais, 1978.
- (8) Salgado, J.A.: Realidade de saúde e ensino médico (Tese de doutoramento em preparo).
- (9) UFMG - O processo de desenvolvimento curricular em educação médica na Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais, 1976.

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

MESA REDONDA

POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA

Inciso c) Políticas de población y el Estado

Por Rolando Castillo Montalvo (Guatemala)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL, México, 1979



## POLITICAS DE POBLACION DE AMERICA LATINA Inciso c) Políticas de población y el Estado<sup>7</sup>

Por Rolando Castillo Montalvo<sup>8</sup>

Para poder discurrir acerca de las políticas de población con el Estado, debemos iniciarnos definiendo este último. Bajo esa premisa, la *Enciclopedia Salvat* (Diccionario) afirma que el vocablo Estado es la: "*organización política de un país con personalidad jurídica, independiente en el plan internacional, cuyos límites territoriales vienen determinados por los límites de su soberanía. Los límites internos de su potestad de mando, vienen determinados por los diversos niveles de poder de las restantes sociedades que conviven dentro de sus límites. Respecto a la concepción del Estado, dos grandes corrientes se oponen actualmente en la doctrina: para unos, es la expresión jurídico-política de un grupo o clase social dominante; para otros, es el instrumento de integración social y de resolución de los problemas colectivos. La primera teoría implica el hecho de la existencia, en la sociedad de grupos sociales en conflicto que luchan para alcanzar el poder y que lo utilizan, una vez alcanzado, en provecho propio según la segunda teoría, los grupos sociales no son necesariamente irreconciliables y puede existir un instrumento (el Estado) capaz de integrarlos, armonizar sus intereses y servir, al menos teóricamente, por igual a todos los ciudadanos*" (1).

Analizando las corrientes planteadas en la definición anterior, encontramos que la segunda es una concepción idealista, que no entra a analizar la esencia misma del problema, cual es el hecho innegable de que la organización jurídico-política del Estado expresa y representa la existencia de una sociedad de clases.

El Estado representa en sí, la forma que asume la organización social y es a través de él, que la o las clases dominantes imponen sus intereses de clase a los otros sectores de la población, intereses que derivan de la posición de privilegio que ocupan en todo el proceso de producción social.

Si bien el Estado aparece a nivel de la super-estructura jurídico-política, las formas que asume y su organización, estarán determinadas a nivel de la organización social de la producción, la que determina el lugar que las clases sociales ocupan en la misma y las relaciones que éstas establecen entre sí.

De esto se deduce que en las sociedades en que impera la propiedad privada de los medios de producción, prevalecen los intereses de las clases sociales que dominan la estructura económica, puesto que al estar en posesión de los medios de producción, condicionan a las instituciones jurídico-políticas para garantizar niveles crecientes de plusvalía, sin importar en sí lo que ocurra con los trabajadores.

Por otra parte, en la sociedad socialista, basada en la propiedad social de los medios de producción, las instituciones jurídico-políticas están al servicio de los más amplios sectores de población y no al de un grupo minoritario determinado.

El Estado defiende ineludiblemente un determinado régimen económico y un determinado sistema de relaciones de producción, el régimen económico y las relaciones de producción vigentes en la sociedad de la que es expresión el propio Estado.

El título de este tema supone que entre los términos que contiene, existe una relación definida. Se trata de ver, pues, cuál es el sentido de esa relación y explicar porqué se asume que el Estado debe intervenir en la dinámica de población, a través de lo que se denomina genéricamente políticas de población, que incluyen una variedad amplia de problemas. Por ahora se hará referencia sólo a aquellas cuestiones que tienen que ver con políticas y programas de control de natalidad.

En el manejo corriente se asume que el estado debe intervenir para regular la dinámica de población, haciendo énfasis en los efectos negativos que tendría el crecimiento de la población.

Si se toma como punto de partida la concepción idealista, se analizará el problema de la relación entre políticas de población y el Estado, como una relación entre "*necesidad racional*" (por ejemplo disminuir el crecimiento de la población) y un elemento externo o exterior -el Estado- *que se encargaría de encarnar la racionalidad de la "necesaria"* disminución del crecimiento poblacional en función de un "*beneficio común*" que, en este caso sería el de evitar supuestos efectos nocivos de tal crecimiento. En esa perspectiva hay por lo menos dos errores básicos: por un lado, suponer que el Estado encarna los intereses de la sociedad en general a través de la búsqueda del bienestar común; por otra, el de que el Estado es una entidad exterior o externa a la realidad social misma.

La crítica de esta concepción idealista es ampliamente conocida y no es el lugar de repetirla. Sólo cabe mencionar que, con respecto al problema planteado, con esta concepción difícilmente podría explicársele.

Si el problema se aborda desde la otra concepción, acerca de la naturaleza del Estado, la relación propuesta adquiere su pleno sentido. Lo primero, que debe hacerse bajo esta otra concepción es definir la naturaleza misma del Estado y en su contexto histórico. Entonces ya no se trata del Estado en general -universal e inmanente- sino del Estado bajo condiciones históricas dadas.

Para el problema bajo análisis, hay que decir que se trata del Estado en sociedades de desarrollo típicamente capitalista. Y por tanto habrá que preguntarse porqué el Estado "*capitalista*" debe intervenir en la dinámica de población.

Al entender al Estado como el "*momento*" en el cual la organización social y política de una sociedad se relaciona con la producción, y en particular con las formas de producción material, se entenderá al Estado como una entidad que *no* está fuera de la sociedad ni es exterior a ella, sino como una entidad constituyente de la realidad social misma y por tanto sujeta a sus mismas leyes de desarrollo.

El análisis de la actividad de cualquier Estado, permite llegar a la conclusión de que "*el Estado no es, en general, más que el reflejo en forma sistemática de las necesidades económicas de la clase que gobierna la producción*" (2).

En su existencia y desarrollo, todo Estado depende al fin de cuentas de las condiciones económicas existentes, así como del desarrollo de la sociedad. En la sociedad dividida en clases, se manifiestan las contradicciones irreductibles a que dan lugar las clases antagónicas, lo que a su vez determina que la clase dominante en las relaciones sociales de producción, cimiente su hegemonía bajo la forma del Estado. "*El Estado no habría surgido, ni existiría, si fuese posible la conciliación de las clases antagónicas*" (3).

Del carácter irreductible de las contradicciones entre las clases, surge la necesidad objetiva de la existencia del Estado, como instrumento de la clase dominante para luchar contra las clases que le son hostiles.

Por otra parte, merced al Estado, la clase que domina económicamente se convierte en la clase que domina políticamente. Si el predominio económico de una clase consiste en poseer los medios de producción, el predominio político se basa en la sumisión obligatoria de toda la población mediante el aparato estatal y sus leyes, a un cierto orden social, que es la expresión del modo de producción que predomina en aquella sociedad.

A través de la dominación política, una clase social determinada deten-

ta el poder, y con ello puede dictar a voluntad las normas y leyes que determinen a toda la sociedad.

Si aceptamos que Política de Población: es la decisión deliberada del Estado, sus instituciones u organismos internacionales, para influir sobre la dimensión y estructura de la población, debemos así mismo reconocer que las instituciones y personas que mecánicamente propugnan por una política antinatalista en el seno de todas las sociedades, encuentran su punto de partida en los enunciados de Malthus.

Este autor indicó que: *"La potencia de la población es indefinidamente mayor que la potencialidad que posee la tierra de producir medios de subsistencia para el hombre. La población, si no se le contiene, crece en razón geométrica, mientras que los medios de subsistencia lo hacen en razón aritmética. Un somero conocimiento de las cifras dará a entender la inmensidad de la primera potencia en comparación con la segunda. Debido a la ley de nuestra naturaleza que hace necesario el alimento para el hombre, los efectos de esas dos potencias desiguales deben mantenerse iguales. Ello implica que debe existir una brida fuerte y constante sobre la población por la dificultad de subsistencia. Esta dificultad ha de caer en alguna parte, y se habrá de sentir severamente en gran porción de la humanidad. Esta inquietud natural de las dos potencias, la población y la producción del suelo, y esa gran ley de nuestra naturaleza que ha de mantener en paridad sus efectos, forman la gran dificultad que me parece insuperable para llegar a la perfectibilidad"* (4).

Esta argumentación tiene su base en dos proposiciones: que la población, cuando no se le contiene, *"aumenta en razón geométrica"*, mientras que *"los medios de subsistencia crecen sólo en razón aritmética"*, se afirma entonces, que el aumento de la producción especialmente de la de alimentos, no crece al ritmo de la población.

En la post-guerra, no obstante, se ha elaborado una teoría general que se puede calificar propiamente de neomaltusiana. Insiste, no en las relaciones de población y la naturaleza, sino en los efectos del rápido crecimiento demográfico sobre la estructura poblacional y el proceso de desarrollo económico. Afirma que, en esencia, la pirámide de edad, caracterizada por la existencia de una considerable proporción de población joven, trae consigo una relación de dependencia que hace difícil e incluso imposible avanzar hacia el desarrollo. La población joven representaría una carga excesiva para la población económicamente activa. *"Las altas inversiones demográficas -para usar la expresión de Sauvy- desviaría los escasos recursos de capital de la inversión productiva"* (5).

Por último señalan que *“las nuevas generaciones hacen reducir con precisión aritmética, la posibilidad de aumento del ingreso per cápita. De aquí se deriva una forma de abordar el problema, que se basa en que el crecimiento económico en los países no desarrollados sólo es posible en la medida en que la acumulación de capital sea más intensa que la acción de los factores adversos, de los cuales el más importante sería el crecimiento demográfico”* (6).

La reducción del ritmo de crecimiento demográfico sería una condición *sine qua non* para el crecimiento acelerado de las economías de los países no desarrollados.

Pero, *“a pesar de la aparente lógica de la teoría que presenta el crecimiento demográfico como causante de un estrangulamiento que se opone al crecimiento económico de los países no desarrollados, los datos empíricos respecto del crecimiento demográfico y del crecimiento económico, no confirman la existencia de una relación inversa entre esas variables”* (7). Esto no prueba que las tasas de crecimiento demográfico no tengan relación alguna con el crecimiento económico, sino que sus efectos sobre tal crecimiento, deben analizarse no aisladamente, sino que en íntima relación con otros factores determinantes de tal crecimiento.

Basándose en aquellos supuestos, los neomalthusianos, consideran que el crecimiento demográfico acelerado de los países del *“Tercer Mundo”*, provoca rigideces estructurales que obstaculizan su desarrollo. Los más radicales señalan que el crecimiento es no sólo una amenaza para el hombre de hoy, sino que nuestro mundo es finito, y con él las reservas de energía y materias primas. Hay que frenar pues, el crecimiento de la población, pero también hay que contar el desarrollo económico, indican los pesimistas.

Por otra parte, la llamada solución *“técnica y económica”*, considera que el crecimiento de la población es bueno, pero que es necesario cambiar las estructuras socio-económicas y utilizar la ciencia, cuyas aplicaciones tecnológicas pueden ejercer un efecto multiplicador extraordinario para conseguir metas de desarrollo ambiciosas. Señalan así, que *“la mayoría de las personas, tienen muchos hijos, porque quieren familias amplias, pero sobre todo, las quieren porque lo necesitan”* (8).

Sin embargo, para interpretar en forma científica, lo que persigue una determinada política de población, no basta con enunciar principios, sino que el problema se aborde sobre la base del proceso de reproducción de las fuerzas de trabajo.

En primer término, debe analizarse el problema en función de los requerimientos por parte del sistema, en cuanto a las necesidades que impone el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo. Es decir del proceso que busca garantizar la disponibilidad suficiente de fuerza de trabajo, poniendo a disposición de la misma una serie de elementos necesarios para que no se extinga. Dentro de estos elementos o niveles biológicos se encuentra la alimentación, la salud, la vivienda, la educación, etcétera.

En el modo de producción capitalista, el papel de la reproducción de la fuerza de trabajo, está encomendada en buena medida a la familia, pero por otra parte, puesto que la función del Estado es la de "legitimar" a través de un aparato jurídico-político, las bases económicas, sociales e ideológicas que sustentan el sistema, asume políticas generales y dentro de ellas de población, que tiendan a preservar y reproducir la estructura económica vigente.

La reproducción de la fuerza de trabajo en el estado capitalista, necesita crear procesos que garanticen:

- La manutención de la fuerza de trabajo: a ella responden las leyes sobre salario mínimo, control de precios sobre los productos de consumo básico, etcétera.
- La reparación de la fuerza de trabajo: a las mismas corresponde la creación de los regímenes de seguridad social, programas de salud, etcétera.
- La reposición inmediata de la fuerza de trabajo y el ensanchamiento de la misma, con su consecuente abaratamiento: para lograr este objetivo se han buscado mecanismos que permitan la incorporación de la mujer al proceso productivo, el cual se ve entorpecido por los embarazos repetidos, así como por la maternidad. Así mismo se busca satisfacer aquella circunstancia mediante los programas de guarderías infantiles que logran la reincorporación más temprana de la madre trabajadora.
- La duración de la fuerza de trabajo: esto se hace necesario, porque con la muerte prematura del trabajador, se ocasiona la pérdida de la inversión en su adiestramiento, o al menos una disminución en la rentabilidad de la misma. Esta muerte prematura se hace mayormente frecuente, en la medida en que el salario tenga que ser repartido en la manutención de un mayor número de individuos de su familia, lo que puede traducirse en desnutrición y enfermedades del obrero, así como en hijos débiles y desnutridos, lo que deviene en una fuerza de trabajo de mala calidad para el proceso de producción.

Por otra parte en las sociedades capitalistas que a la vez son dependientes, los estados se ven además internacionalmente presionados para fijar políticas de población, que tienen como aparente propósito, el atar a los países a una tendencia orientada a restringir el crecimiento de sus poblaciones, con el objeto de alcanzar un mayor nivel de desarrollo, pero cuyo verdadero objetivo es el de fortalecer la estructura económica que conduce a la explotación de los sectores mayoritarios de sus pueblos, así como fomentar la dependencia cultural, tecnológica, política y especialmente económica.

Para cumplir aquel objetivo, se ejercen presiones directas o implícitas sobre aquellos gobiernos, y se manipula a la opinión pública, utilizando los medios de comunicación moderna y mediante técnicas de gran impacto psicológico, que tiendan a arrastrar a las personas que desconocen los pormenores y trasfondos de la actual realidad poblacional, a una situación de angustia y confusión, las más de las veces basando su propaganda anticonceptiva en información demográfica interesadamente deformada o controvertidamente interpretada.

Por todo lo anterior se necesita, según esta concepción, impulsar el control de la natalidad y la política de población en que la misma se sustenta, en un intento inútil de paliar los efectos de la sobre-población relativa, generada como contradicción propia del modo de producción capitalista.

Resulta así que para justificarlas, se afirma que la fecundidad es la responsable de la generación de dicha sobre-población relativa, de las deplorables condiciones de existencia de esa población y del estancamiento económico y social de los países no desarrollados, encubriendo así la esencia del problema, cuyo origen se ubica en la estructura económica y social que caracteriza una formación económico social concreta y no en el simple exceso de población.

Durante la Conferencia Mundial de Población, llevada a cabo en Bucarest, Rumanía en 1974, como parte del Año Mundial de Población, se expusieron los más variados criterios en cuanto a la relación existente entre el Estado y las políticas de población. En esa ocasión la declaración de los países participantes varió en una gran gama de planteamientos y posturas, llegándose a una consolidación no oficial, en grupos de distintas ideologías y políticas opuestas.

Los países desarrollados como los EE. UU., y Suecia, enfocaron el problema poblacional, como el crecimiento vertiginoso de la población mundial y de las consecuencias adversas que esto traería si continuase al mismo ritmo: es decir que fueron estos países los que abogaron por la nece-

sidad de reducir las tasas de fertilidad y natalidad, así como la de adoptar medidas urgentes para lograrlo.

Consideran estos estados, que existe ya un problema demográfico de gran magnitud y que la capacidad del "ecosistema" para sostener a más población, está llegando a su límite. De manera indirecta, se asume así que la pobreza y subdesarrollo de Asia, Africa y Latinoamérica, obedece al rápido crecimiento demográfico de sus pueblos, estando dispuestos a cooperar a controlar su fertilidad, por medio de ayuda financiera dirigida a programas de planificación familiar, educación, salud, reforma agraria y desarrollo económico y social.

En cuanto a las declaraciones de los países socialistas aunque en muchos casos, plantearon políticas antinatalistas, todos estuvieron de acuerdo con el principio de soberanía nacional. La primera situación es entendible, si se considera que aquellos estados han tenido desde hace tiempo políticas y programas tendientes a disminuir la fecundidad, pero así mismo, coincidieron en que la intrusión de otros estados en éstas políticas, significa la violación de la soberanía nacional. Así mismo los países socialistas afirmaron que, toda vez que cada país tiene una situación demográfica con características cuali-cuantitativamente diferentes, le incumbe al Estado adoptar medidas para tratar de mejorar o erradicar sus problemas de población. En base a estas afirmaciones se encuentran diversas variantes de enfoque en los mismos: así Polonia, Hungría y Bulgaria, consideran que necesitan más mano de obra para promover la revolución, por tanto, su política es pronatalista y promueven las familias numerosas; Alemania Oriental, Cuba y Corea del Norte, por otra parte, consideran que tienen tasas de fertilidad demasiado altas, y por consiguiente su política consiste en el ofrecimiento de servicios de planificación familiar y la legalización del aborto.

También dentro de aquel sistema se han dado ejemplos de países que, a raíz de estudios científicos, han variado su política de población, tal es el caso de Rumanía, quien tenía una política antinatalista hasta 1966, pero al demostrar que se tenía una proposición demasiado elevada de población de edad avanzada, variaron su política, siendo actualmente pronatalista. Este sencillo acontecimiento manifiesta que en los países socialistas, la política de población es un elemento más de la planificación global y en consecuencia evidencia la intencionalidad del Estado como expresión misma de la realidad social.

Durante la referida Conferencia, en contra de un plan mundial de acción propuesto por países capitalistas, los países socialistas propusieron: además de poner fin a la agresión y despilfarro de los Estados Unidos y otros "países poderosos", la práctica de políticas demográficas nacionales sin

exageraciones alarmantes ni intereses creados, y sin interferencia de otros Estados, así como la creación de un nuevo orden económico, basado en la distribución equitativa de recursos naturales y concebido dentro del *"espíritu de paz y cooperación"*.

La mayoría de los países del llamado *"Tercer Mundo"*, no se adhirió estrictamente a la idea de que el crecimiento de la población era la base del sub-desarrollo, sino que las desigualdades existían como consecuencia de una larga y trágica historia de racismo, colonialismo y dominación política. Muchos de estos estados estuvieron de acuerdo con que los problemas provocados por el rápido crecimiento demográfico, se resolverían por medio del desarrollo económico, la justicia social y la protección de los derechos humanos; la reforma agraria y la extensión de servicios de salud pública; y la reducción de las desigualdades existentes entre los países del mundo.

Un número considerable de participantes se manifestaron como partidarios de la planificación familiar, por considerar que tenían graves problemas, de población y que un control masivo de la natalidad, es necesario en sus países. Dentro de los mismos se cuenta Indonesia, Jordania, Afganistán, Mauricio, Nepal, Malasia, Irán, Singapur, Marruecos, India, Bangladesh, Jamaica, Barbados, Filipinas, Haití y Pakistán.

Algunos países hispano-americanos, aparentemente manifestaron en base a criterio personal, la defensa de la familia y de sus valores. Guatemala declaró que *"se debía poner fin a las campañas publicitarias, destinadas a la imposición de puntos de vista fanáticos y unilaterales sobre la población"*. España afirmó que *"el mayor problema en España, no es de números, sino de distribución y desarrollo"*.

Las exposiciones de los países señalados en las tantas veces comentada conferencia, así como las políticas estatales que las sustentan, demuestran en la práctica la exposición teórica formulada en el principio de este trabajo, vale entonces la pena reforzar que el caso concreto de los estados que corresponden a sociedades capitalistas, fundamentan su restrictiva política de población en la búsqueda de mantener el *statu quo*, sobre la base de concepciones neomalthusianas y es así que recientemente se quiere justificar aquellas a través del *"deterioro"* ambiental como consecuencia de la sobrepoblación.

A este respecto el biólogo Paul Ehrlich dice: *"El deterioro progresivo del ambiente puede causar más muerte y miseria que cualquier brecha concebible entre población y manutención"* (9).

En *The Population Bomb*, Ehrlich dice respecto a las regiones supradesarrolladas de nuestro planeta: “*demasiados coches, demasiados pesticidas, reactores en aumento, plantas inadecuadas para el tratamiento de desperdicios, insuficiencia de agua, anhídrido carbónico, y ¿cuál es la causa?: “demasiada gente”*” (10).

Ante estas posturas, existen otras como la del senador norteamericano Alan Cranston, quien señala: “*No fueron las presiones originadas por una población creciente, las que llevaron a los fabricantes de jabón a dedicarse a los detergentes. Ni fueron esas presiones las que obligaron a los agricultores a emplear pesticidas y fertilizantes químicos, como tampoco fue la presión de la población, la que hizo que las ciudades abandonaran el sistema de transporte público, para que pasemos a depender del automóvil particular. Las premuras de la población, no idearon el automóvil estadounidense, tan grande y potente. Ni la presión de la población nos llevó a los botes de cerveza y a las botellas no-retornables, ni fue la que nos ha llenado el hogar de aparatos eléctricos.* La mayoría de nuestros “*desastres ambientales*”, concluye Cranston, “han sido los éxitos tecnológicos de un sistema económico, cuyos propósitos son emplear la tecnología para aumentar las utilidades” (11). Es decir que en estas sociedades, la producción y distribución de subsistencia no se realiza para la inmediata satisfacción de las necesidades, sino que para ganar dinero.

La hipótesis anterior, fue nuevamente demostrada con la llamada “*Revolución Verde*”. Las fundaciones Rockefeller y Ford, produjeron semillas que requerían fertilizantes y pesticidas costosos; las compañías petroleras produjeron dichos fertilizantes y pesticidas, que vendían con su correspondiente margen de utilidad; muchos de los mayores hacendados se percataron de que así como sus inversiones rendían más, si sustituían a los trabajadores agrícolas por tractores y demás maquinaria, también aumentaban su margen de ganancia al aplicar las “*nuevas*” semillas y pesticidas; la población campesina “*excedente*”, que en gran parte se mudó a las atestadas ciudades, no tenían recursos para comprar la abundancia creada por la revolución verde. La revolución verde, no producía víveres para manutención, sino géneros para lucrar.

El error básico de los neomalthusianos, estriba en confundir los medios de sustento con la ocupación. La ocupación se relaciona con la utilización de las máquinas y el capital, en cambio, los medios de sustento aumentan tan pronto como crece, aunque sólo sea en pequeña medida, la capacidad de producción.

Es claro que las necesidades de la población no se ejercen sobre los medios de sustento, sino sobre las oportunidades de empleo. Si en algunas sociedades se produce poco, no es debido a que los límites de producción estén agotados, sino a que los límites de la producción están determinados no por la cantidad de estómagos vacíos, sino por el número de bolsas capaces de comprar y de pagar.

La población sólo es excesiva, allí donde es deficiente la capacidad de producción.

Es así pues, que la teoría malthusiana fue desde el principio, otro instrumento que busca justificar la explotación de las clases trabajadoras y una conminación ante cualquier conato de mejorar la condición de la sociedad.

\*Ponencia Oficial de la Mesa Redonda, inciso c), con el mismo nombre, en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, a celebrarse los días 30 de septiembre al 5 de octubre de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

\*\*Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro América.

## Conclusiones

1. La política de población de un estado, debe ser emitida: dentro de un claro concepto de soberanía nacional y sin interferencia de otras naciones; tomando como base la "exacta" situación demográfica del país, sin exageraciones alarmistas, ni intereses creados; y finalmente dentro de una planificación global, creada por un nuevo orden económico, político y social.
2. En la mayoría de países subdesarrollados, caracterizados por una estructura económica de tipo capitalista, se han establecido políticas antinatalistas de población, bajo la influencia y presencia de los Estados Unidos de Norteamérica.
3. La sobrepoblación *persé*, no puede considerarse como factor causante del subdesarrollo de un país.
4. Cuando se dice que la sobrepoblación es un obstáculo al desarrollo, se pretende ocultar que el problema del subdesarrollo, está dado básicamente por las relaciones sociales de producción, establecidas en una sociedad determinada, así como por el fenómeno de la dependencia.

## Citas

1. Salvat, *Enciclopedia -diccionario-* Tomo V. Elc-Frai, p. 1292-1293.
2. Engels, Federico y Carlos Marx. *Obras escogidas*, en dos tomos. Ed. Esp., T. II, Moscú, 1952, p. 338.
3. Lenin, V.I. *Acerca del Estado. Obras completas*, Ed. Cit., t. 29, p. 435.
4. Malthus, Thomas Robert, citado por Wessman, Steve, Introducción del libro: *Marx, Engels y la explosión demográfica*. Editorial Extemporánea, México, 1973, pp. 13-16.
5. Singer, Paul I. *Dinámica de la población y desarrollo*; Cap. IV Siglo XXI, Argentina, Editores S.A., p. 76.
6. *Ibidem*, pp. 79 y 80.
7. *Ibidem*, p. 81.
8. Mandami, Mahmood. "El mito del control demográfico", *Revista New International*, citado por Ferrer, Manuel; en "Las políticas demográficas". Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA). España, 1975, p. 21.
9. Weissman, Steve, Introducción del libro: *Marx, Engels y la explosión demográfica*. Editorial Extemporánea, México, 1973, p. 9.
10. *Ibidem*, p. 6.
11. *Ibidem*, p. 9.

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial  
TEMA II

LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA  
MEDICINA EN AMERICA LATINA

Por Carlos A. Morós Gherzi (Venezuela)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL, México, 1979



LA SITUACION DE LA SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA. a) La Medicina General como Práctica Fundamental en la Atención de la Salud. b) La Formación de Técnicos para la Salud. c) Alternativas en la Enseñanza de la Medicina '

Dr. Carlos Alberto Morós Gheresi "

América Latina, para el destacado estadista venezolano doctor Rafael Caldera (1) *"es un nombre que se fue imponiendo por sí solo, en las reuniones hemisféricas, a través de la presencia -amable por el alma de su pueblo, lacerante por el peso de sus sufrimientos- de la nación haitiana"*. Refiriéndose luego al término latinoamericano, el autor mencionado expresa lo siguiente (2): *"Ya no puede encerrarsele estrictamente dentro de una significación preconcebida. Latinoamericano engloba a las antiguas posesiones españolas y portuguesas de América, a Haití, a las antiguas colonias inglesas y posiblemente hasta a las Antillas franco-parlantes que forman parte de la Unión Francesa. Sus antenas espirituales y sus vinculaciones reales cruzan el Atlántico hacia la Península Ibérica y enlaza con aquellas manifestaciones de la vida europea que ven la posibilidad de realizar en el Atlántico Oeste, los altos valores de la Latinidad"*. Esta descripción de nuestra región que ha servido de introducción al tema es complementada por Fassler (3) quien señala otros caracteres que nos dan el perfil completo. *"Es una región -dice- conformada por diversos Estados-Naciones, cuyas particularidades étnicas, culturales, sociales y políticas son múltiples. Esta diversidad -de acuerdo a la autora-, encuentra su punto de confluencia en la unidad histórica de la región, que nace al mundo occidental bajo el coloniaje y cuyo destino estuvo siempre condicionado por las formas dependientes de inserción en el mercado mundial. Este hecho -continúa- ha conformado una dinámica de desarrollo con varios elementos semejantes, con problemas comunes y en cuya resolución probablemente deberán contemplarse un gran conjunto de medidas similares"*.

Nos corresponde en esta Ponencia, desarrollar el tema sobre la relación entre la *Situación de Salud y la Enseñanza de la Medicina*, a fin de estudiar, evaluar y presentar alternativas que permitan en esa América Latina, así concebida, obtener ostensibles cambios en la Educación Médica para beneficio de la comunidad.

## *1. Situación de Salud en América Latina*

Para cuantificar el estado de salud, es necesario como lo señalan González P. y col. (4), hacer uso de ciertos indicadores que nos permiten conocer la magnitud de los daños. En efecto, del estudio y distribución de esos daños, a través de los indicadores, podemos determinar con cierta precisión la evolución y tendencias de esa situación de salud. A ellos nos vamos a referir.

### *1. Características de la población*

A mediados de 1970, la población de América Latina como lo señala Morales (5), se estimaba en 284 millones de habitantes, de los cuales cerca del 97% correspondía a los países de habla española, portuguesa y francesa o sea, más exactamente 274 935 000 personas.

Así, entre 1950 y 1970, esa población aumentó en un 73%, con la característica de que la urbana experimentó un incremento de 140%. Los habitantes urbanos que en 1950 constituían el 41% de la población total (67 millones de habitantes) se elevaron en 1970 al 57% (161 millones) y se espera para 1980 que la proporción llegue al 64% (237 millones). Dentro de esa población así distribuida, la cifra de mujeres de 15 a 49 años alcanzó en 1975 a 75 millones (lo cual representa un aumento de 50% respecto a 1960) y los niños menores de 5 años constituían para ese mismo año el 16% de la población (más de 51 millones). A título comparativo, para esa época en América del Norte los niños en esas edades llegaban a 8%, o sea 19 millones. Se espera que para el año 1990, la cifra de mujeres en las edades señaladas lleguen a 115.6 millones y los niños con las características dadas alcancen a 72.2 millones (6).

Con estas expectativas se observan otros dos rasgos importantes. Uno, la emigración a las grandes ciudades, que ha procedido a un ritmo más acelerado que a las zonas urbanas en general y otro, el aumento de la población de personas de 65 años o más que en el año 1970 era de 10.5 millones y la cual se calcula para 1990 que aumente hasta 20.4 millones. Con respecto a lo primero, si en 1970 una tercera parte de la población latinoamericana (93 millones), residía en ciudades de 100 000 habitantes o más, probablemente en el año 2000 más de la mitad de la población (325 millones) estará aglomerada en esos centros urbanos. Si en América Latina habían en 1970, 17 ciudades de un millón de habitantes o más, es posible que en el año 2000, la cifra llegue a 48, diez de éstas con una población superior a los 5 millones de habitantes (7).

Miró y Behm (8) en 1971, señalaban ya las graves consecuencias de esa emigración, de las áreas rurales a las grandes ciudades que -como muy

bien lo expresan- "crea en América Latina problemas en ambos polos: el emisor y el receptor. En el campo, se agudizan las condiciones de desequilibrio con respecto a la ciudad porque emigran los más jóvenes y los más decididos y en las ciudades porque éstas hasta ahora han resultado incapaces de absorber en condiciones satisfactorias de vida a la población inmigrante".

Este hecho, también ha sido objeto de preocupación en Venezuela. Así, en la *Síntesis Diagnóstica de salud* del país descrito, en las Conclusiones del V Congreso Venezolano de Salud Pública (9) se destacó el intenso movimiento migratorio hacia los núcleos urbanos, que ha provocado que la población rural, si bien no ha decrecido en cifras absolutas, sólo represente en la actualidad alrededor de un 22% en comparación con el 60% de hace décadas. Este fenómeno denominado de urbanización acelerada o mejor de ruralización de las ciudades, "ha hecho surgir -dice el informe- alrededor de las mismas, los cinturones de miseria constituidos por ranchos insalubres donde se hacinan indiscriminadamente hombres, mujeres y niños en condiciones higiénicas peores que en su campo natal, con mayores riesgos para la salud". Hay que agregar en la mayor parte de la región la incidencia del déficit de viviendas y el analfabetismo.

## 2. Esperanza de vida al nacer

En el *Plan Decenal de Salud para las Américas* de 1978 (10), se estableció como meta general para la década un aumento en la esperanza de vida al nacer. En este sentido, se propuso como objetivo el aumento de 5 años en aquellos países donde ésta era inferior a 65 años alrededor de 1970 y el aumento en dos años en aquellos otros en los cuales variaba entre 65 y 69 años para la misma época.

En 1975 (11) entre las cinco naciones contempladas en la segunda situación, cuatro posiblemente exceden ese objetivo. Aunque se espera que sólo cuatro de los otros 15 en la primera condición aumenten en 5 años la esperanza de vida, todos ellos posiblemente logren un aumento de por lo menos tres años para 1980.

## 3. Mortalidad en América Latina

En 1971, Miró y Behm (12) señalaban que no obstante los progresos alcanzados para entonces se estimaba que el 40% de las muertes que ocurrían en la región correspondían a niños menores de 5 años, proporción que de acuerdo a los autores cobraba mayor vigencia y gravedad por las circunstancias etáreas de América Latina y más aún, si se le compara con los Estados Unidos de Norteamérica donde la proporción era del 7%, mien-

tras que en varios países latinoamericanos excedía del 50%. En este mismo orden de ideas Rojas (13) puntualiza la gravedad del problema cuando informa que en 1968 habían muerto en América Latina más de 400 000 niños menores de un año, de los cuales 120 000 habían fallecido por diarreas. En el *Informe Final de la III Reunión Especial de los Ministros de Salud* (14), entre otras cosas se hacía resaltar el hecho de que en nueve países que comprendían el 70% de la población de la región, la mortalidad en niños de uno a cuatro años era de 10 a 33 veces mayor que en los países desarrollados.

De acuerdo a los datos que actualmente tenemos, la mortalidad de la niñez sigue siendo un agudo problema en la América Latina. No obstante -como señala el *Informe de la Organización Panamericana de la Salud* (15)- de la necesidad de obtener datos más completos sobre mortalidad infantil, se encontró lo siguiente para la mitad del decenio (1975): para América del Norte el 3% de las defunciones correspondió a niños menores de 5 años y de éstas el 85% a menores de un año. En contraste, cerca del 35% de todas las defunciones en Mesoamérica fue de niños menores de 5 años, de los cuales el 71% correspondió a menores de 1 año y en América del Sur el 29% de las defunciones correspondió a menores de 5 años, de los cuales el 72% fue de menores de 1 año.

En el *Plan Decenal de las Américas* se estableció como meta la reducción de un 40% de las tasas de mortalidad de menores de 1 año en las Américas. En 1975 a mediados del decenio, 15 de 32 países habían reducido sus tasas en 20% o más. Entre los países con un millón o más de habitantes, dos acusaron aumentos en el lapso de 1970-75. En 29 países de las Américas que disponían de datos sobre causas de defunción en el *grupo de menos de 1 año*, las primeras cinco causas alrededor de 1975 fueron: mortalidad perinatal, influenza y pneumonía, enteritis y otras enfermedades diarreicas, anomalías congénitas y avitaminosis y otras deficiencias nutricionales. En el *grupo de edad de 1 a 4 años*, la influenza y la neumonía figuraron entre las cinco primeras causas de defunción en los 22 países, sobre los cuales se dispuso de datos en 1975. Le siguieron de cerca enteritis y otras enfermedades diarreicas y accidentes. El cuarto y quinto grupo de enfermedades fueron avitaminosis y otras deficiencias nutricionales y bronquitis, enfisema y asma. Las enfermedades infecciosas que figuraron entre las primeras cinco causas de defunción fueron: sarampión (ocho países), tosferina (cinco), meningitis (cuatro), y poliomielitis aguda (uno). En el *grupo de edad de 15 a 44 años*, las más frecuentes, entre las primeras causas de defunción fueron: accidentes, enfermedades del corazón, neoplasmas malignos, homicidios. También fueron importantes las complicaciones del embarazo, tuberculosis, enteritis y otras enfermedades diarreicas, influenza, neumonía y cirrosis hepática.

Las enfermedades degenerativas crónicas fueron importantes causas de defunción en el *grupo de edad de 45 a 64 años*. En el de 65 años y más fueron semejantes a las del grupo anterior.

En relación a las *cinco primeras causas de defunción en general* (16) si bien fueron casi las mismas en las tres regiones de las Américas, la gran mayoría en América del Norte se debió a enfermedades crónicas degenerativas y casi todas tuvieron certificación médica. En América Latina, más del 30% de todas las defunciones ocurrió en menores de 5 años y la certificación fue mucho menos completa. Por otra parte, este grupo de enfermedades: enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, influenza, neumonía, enteritis y otras afecciones diarreicas representaron porcentajes de defunción muy diferentes: 76%, 46% y 52% en América del Norte, Mesoamérica y América del Sur. Además el 38% de defunciones atribuibles a enfermedades del corazón en América del Norte, fue tres veces mayor que el porcentaje de defunciones por ese grupo de enfermedades en América del Centro y del doble en América del Sur. Se observa una relación similar en tumores malignos y lo contrario con respecto a influenza y neumonía; el 11% de defunciones por estas causas en Mesoamérica y América del Sur fue más del doble del porcentaje observado en América del Norte.

Con respecto a la mortalidad materna que en el *Informe de la III Reunión Especial de Ministros de Salud* se consideró grave (de cinco a siete veces más elevadas en América Latina y el Caribe que en América del Norte) (16), se conceptuó para 1975 (17) que había disminuido en las tres regiones entre 1960-1975. Sin embargo, en América del Sur que tenía la mayor mortalidad se obtuvo el menor porcentaje de reducción y si bien en general ha disminuido, en cuatro países era por lo menos de 20 p. 10 000 nacidos vivos.

#### 4. Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles persisten como problema de salud, muy especialmente en el grupo de menores de 5 años. En el *Plan Decenal de Salud de las Américas* (18) se establecía como meta reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por muchas de las enfermedades infecciosas. No obstante, las enfermedades entéricas continúan siendo -como lo señala el *Informe Cuadrienal del Director de la Organización Panamericana de la Salud* (19) correspondiente a los años 1975-1977- la causa principal de la mortalidad infantil y de menores de 5 años en América Latina y el Caribe.

La tuberculosis, si bien en los últimos años ha registrado una disminución de su incidencia en la región, en la mayoría de las naciones, la tasa

anual de descenso es significativamente menor de la que cabría esperar si se aplicaran las medidas de control a toda la población (20).

El sarampión sigue teniendo tasas elevadas de morbilidad y mortalidad (21).

El tétanos constituye un problema de muchos países y es una causa importante de defunción en algunos de ellos, especialmente en aquellos en que prevalece el tétanos del recién nacido. Igualmente la difteria y la tosferina todavía mantienen tasas elevadas de morbilidad (22).

Las enfermedades diarreicas como lo señalábamos antes, por causas específicas o inespecíficas constituyen un importante problema de salud pública en América Latina. Además de lo expresado por el Director de la OPS y, detallando algunos hechos, en 1975 figuraron entre las cinco primeras causas de muerte de menores de 1 año en 18 de 19 países con información disponible y en 18 de 22 países en el grupo de 1 a 4 años. Se calcula que en América Latina hubo alrededor de 162 000 defunciones por enfermedades diarreicas en menores de 5 años, cifra considerablemente alta si la comparamos además con la de los Estados Unidos de Norteamérica en ese mismo grupo de edad y en igual periodo que fue de 804 defunciones (23).

La información disponible muestra por otra parte tasas promedio anuales de morbilidad por fiebre tifoidea elevadas en varias naciones, así como numerosos pequeños brotes extendidos por toda la región. *"El número de casos notificados indican poco o ningún mejoramiento en el control de esta enfermedad"* (24).

En lo que respecta a la malaria no obstante haberse erradicado en 12 de los 34 países de las Américas que antes la padecían intensamente (25), para finales del año 1976, 61 millones de personas o sea el 29% de la población de las áreas originalmente maláricas de las Américas, todavía vivían en zonas que se encuentran en la fase de ataque del programa antimalárico, donde la transmisión de la enfermedad continúa en diversos grados de intensidad (26).

La enfermedad de chagas constituye *"uno de los problemas más serios de salud pública, tanto por su prevalencia como por la gravedad de sus manifestaciones y las dificultades inherentes a su control"*. Se estimaba para 1976 que más de 10 millones de personas estaban infectadas por tripanosoma cruzi y que por lo menos 25 tenían el riesgo de contraer la enfermedad. En cuanto a bilharziosis se calculaba para el mismo (1976) que más de 7 u 8 millones de personas estaban infectadas con shistosoma mansoni en la región, pero que en las áreas donde existe el riesgo de contraer la afección, viven más de 36 millones de personas (27).

La zoonosis produce también daño considerable, lo que es debido de acuerdo a los señalamientos del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (28) a que los Servicios de Veterinarios son aún insuficientes para atender la demanda de control que exigen las más importantes enfermedades de los animales que afectan la salud del hombre.

Otras afecciones como enfermedades venéreas, hepatitis, lepra, son objeto de constante evaluación por su incidencia en algunos países.

*5. En relación a los problemas originados por la desnutrición, su calificación por parte de la Reunión de los Ministros de las Américas en 1972 fue de extrema gravedad. En efecto, se señaló lo siguiente (29): "Las encuestas de Salud y Nutrición llevadas a cabo durante los últimos años en toda la región, indican claramente que en la mayoría de los países existen serios problemas nutricionales relacionados con el nivel económico, la educación, el saneamiento ambiental, la salud y los niveles de vida en general. Estudios realizados en ocho países revelan que del 40 al 76% de las defunciones por enfermedades infecciosas de menores de cinco años están asociadas con deficiencias nutricionales. La prevalencia de la desnutrición avanzada (II y III grados) varía entre el 10 y el 30% en los menores de cinco años en 18 países con el 65% de población de la región, lo cual permite estimar que cerca de cinco millones de niños latinoamericanos padecen actualmente desnutrición avanzada".*

No obstante los esfuerzos realizados desde el punto de vista técnico (30) y a la alta prioridad solicitada por el *Plan Decenal* señalado para enfrentar dicho problema, sigue teniendo graves proporciones y repercusiones en la América Latina. En definitiva esta situación obedece a las mismas causas que señalaban Miró y Behm (31) para explicar la mortalidad excesiva en América Latina: *"Hay creciente consciencia que esta situación está determinada principalmente por las precarias condiciones de vida a que están sometidos sectores mayoritarios de la población de nuestros países, como una expresión más de la existencia de sistemas económicos y sociales que distribuyen muy desigualmente el bienestar y el ingreso económico, es decir la vida misma".* Es a lo que igualmente se refería Rafael Caldera (32) al hablar de justicia social internacional, al afirmar: *"Todo pueblo tiene derecho al desarrollo económico y social, entendido en forma tal que alcance a todo el hombre y a todos los hombres. Y es tan falso afirmar que el que no lo logre es por su culpa, como es inicuo pretender que el hambre o la ignorancia de individuos o grupos en el seno de cada país es por culpa de aquel que las padece".*

6. Igual como lo señalan González y col. (33) en relación a México, al afirmar que *“sin haber podido resolver el problema de los padecimientos infecciosos el país se enfrenta a una creciente crisis de accidentes”*, ocurre en casi el resto de América Latina. En efecto, los accidentes figuraron entre las primeras cinco causas de defunción (en todas las edades en conjunto) en 26 de 37 países que disponían de datos para 1975 (34). Fue la principal causa de defunción en el grupo de edades de 15 a 44 años en 26 de 27 países.

7. *En relación a salud mental, salud dental y salud ocupacional*, brevemente señalaremos su problemática en la América Latina.

En la Reunión de los Ministros de Salud en 1972, se demostró la gravedad de la situación respecto a la *salud dental* (35) cuando se comprobó que sólo tres países en la región tenían más de 3.5 odontólogos por 10 000 habitantes; que sólo dos proporcionaban agua potable fluorada a más del 30% de la población y únicamente otros dos la ofrecían al 15-30%, mientras que el resto lo hacía a menos del 30%.

Respecto a la *salud mental*, se señaló: *“La prevalencia de la psicosis de la región oscila entre 15 y 50 casos por 1 000 habitantes y la neurosis que exige tratamiento médico es de 50 a 200 casos por 1 000 habitantes. En la mayoría de los países existen serios problemas de alcoholismo. El consumo de sustancias causantes de dependencia y psicotrópicas es un fenómeno de reciente aparición que tiende a aumentar. Las pocas encuestas que se han hecho en establecimientos de educación secundaria revelan cifras de prevalencia de 5%”* (36).

Sobre *salud ocupacional*, Rojas (37) ha referido el hecho de que con una fuerza laboral estimada en 95 millones de trabajadores (1974), se observan enfermedades ocupacionales en alto porcentaje. En tal sentido menciona dos estudios hechos en Perú entre obreros, asociados con el plomo. El 56.9 y el 60.3 padecían de saturnismo. Igualmente los hallazgos en México donde el 50% de los obreros expuestos al cromo sufrían de dermatitis y el 10% perforación del tabique nasal. Con respecto a la evolución de los problemas de salud mental, de acuerdo al director de la OPS (38), los hechos relacionados con la farmacodependencia se habían agravado tanto en lo que respecta al tráfico ilegal de drogas como a su consumo y la magnitud de los problemas del alcoholismo adquirió proporciones alarmantes, todo ello con la aparición de cambios en los enfoques para la solución de esos aspectos. Como información adicional mencionaremos que para 1977 se consideraba que la fluorización del agua se había introducido en 12 países de América Latina y del Caribe y en 8 de ellos en escala nacional (39).

**8. Salud ambiental.** Aparte de los graves problemas y las características de la población que hemos referido, no obstante los avances que se hayan podido lograr, la situación en líneas generales no ha alcanzado los niveles deseables en algunos renglones. Así, 22 de cada 100 habitantes del medio urbano, carecían para 1977 de instalaciones de agua corriente en la cocina o en el baño para abastecerse a cualquier hora de la noche o el día y en el medio rural sólo 34 de cada 100 habitantes en las zonas urbanas disponen como dice el Informe de "*instalaciones que simplemente basta con utilizarlas para eliminar los desechos humanos*", pero la inmensa mayoría de la población restante tanto rural como periurbana tiene que emplear procedimientos antihigiénicos para los desechos, lo que sigue planteando así serios problemas, igual que lo referente al alcantarillado (40).

A esto se añade los inherentes a la recogida y eliminación de desechos sólidos con sus implicaciones en la salud ambiental (41).

**9. Recursos hospitalarios.** Para 1975 (42) el número total de hospitales reportados con bastante aproximación fue de 13 127, cifra que en porcentaje (52%) es superior a los existentes en América del Norte que suman 8 645. Sin embargo el número de camas en Latinoamérica (920 366) fue netamente inferior a los de la región del Norte mencionada (1 590 649). Se considera que el crecimiento de población durante los dos últimos decenios contrarrestó el aumento de camas observado haciendo así que la relación de camas que permaneció invariable a 3.3 por habitante entre 1954 y 1964, disminuye ligeramente a 3.0 en 1974.

La mayor proporción de los hospitales dependientes del Ministerio de Salud correspondió a Cuba (100%) y también fue alta en los países de habla inglesa. En los demás varió de 3.53 en Brasil a 77.4 en Chile. En 25 de los 41 países con datos disponibles en América Latina, las dos terceras partes o más de las camas pertenecían a los hospitales de las administraciones nacionales de salud. En 16, se reportaron 687 hospitales del Seguro Social con 60 275 camas, lo que representa el 7% del total de camas hospitalarias. En algunos fue considerablemente alta como México (48%), Costa Rica (34%) y Bolivia (33%). En Brasil y República Dominicana predominaron los hospitales privados (84 y 65% respectivamente).

En Argentina, Ecuador, Guadalupe, Nicaragua y Venezuela, más del 50% de los hospitales eran de propiedad privada para 1976; sin embargo el porcentaje de camas de esos hospitales resultó mucho menor, lo cual indica que el número de camas de los hospitales privados es inferior al de las instituciones gubernamentales.

En relación al *tamaño*, los hospitales con menos de 50 camas representaban más del 50% de los hospitales de estancia corta en 21 de las 33 naciones latinoamericanas sobre las que se dispone de datos. Si bien la proporción de hospitales pequeños fue elevada, su dotación en camas representó una proporción relativamente baja del total. En cuanto a la *utilización* de los hospitales, en 34 países el número de egresos hospitalarios osciló entre 1.0 y 26.5 con una mediana de 8.9. En 23 la razón fue menor de 10 egresos por 100 habitantes, meta recomendada por el *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Por último, sobre la *distribución geográfica* de estas instituciones, lo cual guarda relación con la extensión de la cobertura de atención primaria a las zonas rurales, se considera que es difícil obtenerla en detalles en todos los territorios. Definitivamente, sin embargo, la razón de camas hospitalarias por 1 000 habitantes, resultó por lo común varias veces más elevada en la capital y ciudades mayores de 100 000 habitantes que en el resto del país (43).

**10. Recursos humanos.** Dentro de las numerosas e importantes apreciaciones de la Reunión de los Ministros de Salud de las Américas se destacó lo relacionado con *recursos humanos*. En efecto, se expresó así lo siguiente (44): "*Existe una escasez general de personal de salud en toda la región y son pocos los países que alcanzan un nivel adecuado*". La estructura profesional por 10 000 habitantes era así: médicos 6.9; enfermeras 2.3; auxiliares 8.8; técnicos médicos 0.9 y administradores en Salud Pública 1.6. Se mencionó igualmente la marcada desproporción de la estructura laboral con desviación hacia los niveles superiores, considerándose el problema central de la insuficiencia de los niveles medios.

Se estimó así para la época, la existencia de 200 000 médicos en América Latina y el Caribe (7 por 10 000 habitantes), de los cuales el 45% ejercía en áreas especializadas con una distribución geográfica inadecuada en detrimento de las áreas rurales. Sólo el 5.5% de los médicos servían en poblaciones menores de 20 000 habitantes que a su vez constituían el 59% del total de la población de las comunidades. Se describió además poco rendimiento del recurso médico debido a la poca disponibilidad de personal de enfermería y auxiliar, a lo cual se agregaba insuficiencia de recursos complementarios, subempleo o multiplicidad de empleos, deserción profesional. En cuanto a las instituciones formadoras de los recursos, habían 159 Escuelas de Medicina con 25 000 alumnos; dos de ellas graduaban más de 1 000 al año y el resto un promedio de 45. En tal sentido, se recomendó aumentar la relación médico población a 8 por 10 000 habitantes y mejorar su distribución geográfica. La primera parte implicaba formar 160 000 nuevos profesionales como meta del *Plan Decenal*.

Con respecto a otros integrantes de los recursos humanos para la salud, se demostró como referíamos antes, una escasez marcada de personal de enfermería y técnicos auxiliares (45). Así, se disponía solamente de 11.1 (en total) de personal de enfermería por 10 000 habitantes. La relación enfermera-médico resultó de 0.3 a 1. Para su formación se disponía de 257 Escuelas de Enfermería con un promedio anual de 17.2 enfermeras en 103 de ellas. Se recomendó capacitar en la América Latina para el decenio 125 000 enfermeras y 360 000 auxiliares, lo cual quería decir aumentar en un 134% el número de cargos de personal de enfermería existente en la región y el 184% de los cargos de enfermeras en América Latina, y preparar 36 000 auxiliares anualmente.

Sobre los técnicos auxiliares, se calculaba que unas 26 000 personas (0.9 por 1 000 habitantes) prestaban servicios como técnicos auxiliares en los campos siguientes: Laboratorio y actividades afines; Nutrición, Dietética y actividades similares; Biblioteconomía y Archivos Médicos. Se recomendó alcanzar una proporción de tres técnicos por 10 000 habitantes.

En el *Informe sobre Condiciones de Salud de las Américas 1973-1976* (46) se expone que para la época se calculaban 620 000 médicos en las Américas, de los cuales el 37% o sea aproximadamente 229 430 en la América Latina. La tasa por 10 000 habitantes fue así: 6.9 en Mesoamérica y 8.0 en América del Sur. Se refiere que si se mantiene la tendencia se podrán cumplir las metas descritas del *Plan Decenal* (a ello nos referiremos posteriormente). El número de enfermeras aumentó en Mesoamérica (80 enfermeras y 132 auxiliares por 100 médicos) y en América del Sur aunque se describe aumento en las primeras (32 enfermeras por 100 médicos) ninguno fue observado respecto a las auxiliares (134 auxiliares por 100 médicos). Para la fecha del *Informe*, se reportaron 172 Escuelas de Medicina, 298 de Enfermería y 79 de Enfermería Obstétrica en América Latina.

La tendencia a la concentración de médicos y otros recursos humanos en las zonas urbanas de América Latina en casi todos los países sigue produciéndose, lo cual de hecho representa un obstáculo para la cobertura. En datos de 11 países que incluyen Venezuela, México, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Guyana, Chile, República Dominicana, Canadá, El Salvador, Haití y Jamaica, se observó dicha concentración mayor en las capitales que en el resto del país y se considera que igual situación ocurre en el personal de enfermería y el resto del equipo de salud.

Esto provoca que algunas de esas capitales puedan tener un médico por cuatrocientos o quinientos habitantes como sucede en México y Venezuela (47, 48) y deficiencias marcadas en otras zonas.

En Venezuela que cuenta actualmente con 20 Estados, 2 Territorios Federales y 1 Distrito Federal (Capital Caracas), el 74.17% de los médicos se encuentran localizados en el Distrito Federal y en 6 Estados (Miranda, Aragua, Carabobo, Lara, Mérida y Zulia) y el 25.83% restante en las otras 16 entidades (49).

Obviamente el tipo de trabajo y dedicación a las labores dentro de las instituciones de salud del Estado con referencia a la profesión con fines privados también tiene su incidencia en lo que respecta a cobertura y utilización de los recursos. Así, en México de acuerdo a González y Col. (50), el 33% de los médicos laboran en instituciones exclusivamente; el 33% ejerce la profesión privada y el 33% restante de manera mixta institucional y privada.

En Venezuela, de acuerdo a los estudios hechos, sólo el 5 al 8% de la población está en condiciones de adquirir los servicios privados. De los médicos del Distrito Federal (antes nombrado), un 15% del total de médicos se dedica exclusivamente a la práctica privada, pero la mayoría invierte por lo menos un 25% de su tiempo hábil (51).

**11. Características principales de los Sistemas de Prestación Médica.** Fueron descritas así para la región en 1972 (52): Multiplicidad de instituciones públicas y privadas, que participan en las prestaciones y la ausencia de coordinación inter-institucional dentro del sector, lo que trae consigo duplicación de servicios, cobertura desigual para distintos grupos de población, derroche de recursos y encarecimiento innecesario de las prestaciones". Esta situación persiste de hecho. En Venezuela, hay más de 80 Instituciones de Salud, que dispensan atención médica a esto se agrega la falta de definición de una política sanitaria "*coherente y explícita*" lo que dificulta la elaboración de programas que orienten las actividades de salud en los distintos sectores y faciliten la coordinación intrainstitucional (53, 54).

Recientemente como ha afirmado Bello (55), la situación persiste con sus fallas y deficiencias, no obstante el Decreto Presidencial sobre la creación del Servicio Nacional de Salud, lo contenido en el V Plan de la Nación y lo contemplado en la Ley Orgánica de Administración Central.

**12. Cobertura de la población.** En la Reunión de los Ministros de Salud se afirmó (56): "*Nuestro problema consiste en proveer de servicios al 37% de los habitantes que en la actualidad no reciben atención médica de ninguna especie*". Rogelio Valladares (57), destacado sanitarista venezolano decía al respecto en 1974: "*Así, sin retórica ni sutilezas: 104 millones de seres humanos para quienes el derecho a la salud no existe*".

En la IV Reunión Especial de los Ministros de Salud de las Américas celebrada en 1977 (58) para evaluar la situación se llegó a conclusiones semejantes: *"El resultado de los análisis de la situación de los procesos nacionales de cobertura de servicios de salud, confirma, que en la mayoría de los países hay aún una gran proporción de habitantes que carecen de servicios básicos. Para mejorar esta situación, es necesario acelerar el proceso, haciendo uso racional de los recursos disponibles y creando nuevas estrategias. La cobertura de servicios debe tener las características de universalidad, accesibilidad (geográfica, socioeconómica y cultural) y continuidad. Las estrategias para lograrlo deben diseñarse y ejecutarse con la realidad política, socioeconómica y cultural de cada país. La atención primaria de salud y la participación de la comunidad con valiosas estrategias para acelerar el proceso de extensión de la cobertura"*. Estas conclusiones nos revelan la gravedad nuevamente de la situación.

## *II. Enseñanza de la Medicina*

a) La medicina general como práctica fundamental en la atención de la salud: Las facultades y escuelas de medicina de la América Latina han estado enfrentadas a las realidades expresadas sobre la situación de salud en la región y han tenido por supuesto un papel de primer orden en la formación de los recursos humanos, fundamentalmente de los recursos médicos, tema que nos ha correspondido desarrollar. Este proceso de *"producción de médicos"*, como ha definido García (59) a la educación médica lo hemos abordado ya en su aspecto cuantitativo y las posibles proyecciones con respecto al *Plan Decenal*. Otras observaciones sobre la materia han sido hechas con criterios un tanto distintos sobre las posibilidades de alcanzar las metas mencionadas (60, 61).

Con respecto al tipo de enseñanza (aspectos cualitativos) que las facultades y escuelas de medicina de la América Latina han realizado, podemos afirmar que entre los objetivos señalados de manera específica o implícitamente contenidos en los currículos de las instituciones formadoras de recursos humanos de nuestras universidades, ha sido la de producir un médico general. En efecto, en 1977 en una reunión patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y celebrada en Caracas-Venezuela (62) se señalaba lo siguiente al analizar los esfuerzos de la educación médica en la región: *"El análisis de esos esfuerzos permite concluir, que todos ellos en mayor o menor grado han estado orientados por el deseo de producir un médico general que responda a las necesidades de los países dentro de patrones de calidad comúnmente admitidos y garantizando la máxima eficiencia a través de*

*la adecuada organización de las facultades y escuelas*". Otros señalamientos similares han sido hechos en diversas ocasiones por comisiones, organismos de salud o de educación, por individualidades, todas ellas producto del estudio de la realidad de nuestro proceso de educación médica. Entre esto último mencionaremos las siguientes: en 1969, el Comité de Expertos de OPS/OMS en la enseñanza de la patología apuntaba: (63) *"El Comité reconoció que la mayoría de las Escuelas Latinoamericanas consideran la formación de médicos generales como la función más importante o primaria de la institución..."*.

Ferreira (64) refiere que la Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Medicina estableció en 1965 que *"el plan de estudios debe estar orientado hacia la formación de médicos generales, capacitados ética y técnicamente para el ejercicio de su profesión"* y agrega: *"En toda América Latina estos preceptos fueron adoptados y prácticamente todas las escuelas se propusieron a cumplirlo"*.

Juan C. García se refiere a ese propósito de las escuelas de América Latina en la formación del médico general en el estupendo estudio realizado sobre la educación médica en nuestra región (65).

En Venezuela se han realizado seis seminarios de educación médica. En el primero en 1960 decía (66). *"En los estudios de pregrado las Escuelas de Medicina venezolanas deben formar un médico general con preparación científica y humanística, adiestramiento técnico, formación ética y sensibilidad social, capaz de resolver problemas sanitarios"*. En el IV Seminario celebrado en 1969 (67), al insistir y evaluar su formación se le consideraba como el *"médico de atención médica continua, de acceso directo y de primera línea"*. En el VI Seminario celebrado en 1977 (68) en Barquisimeto se concretó nuevamente la disposición de las Escuelas de Medicina del país para el análisis y la búsqueda de soluciones que permitan la adecuada formación del médico general en nuestras universidades. En los otros Seminarios II, III y V (69, 70, 71), se analizaron otros aspectos sobre el mismo tema, lo cual da un índice claro de la tendencia y objetivos de nuestras instituciones formadoras. Así podemos en principio concluir, que en la mayoría de los países latinoamericanos las universidades han tenido como finalidad formar médicos generales y que esto es el resultado de las tendencias manifiestas de los sistemas de atención de la salud de considerar la práctica de la medicina general como la básica o principal en la organización de los servicios médicos, fundamentalmente en la atención primaria o de primera línea. Este hecho que ocurre en otros países del mundo como Inglaterra, Yugoslavia, Bélgica, Canadá, Países africanos (72, 73, 74, 75, 76, 77) y en los Estados Unidos, donde como señala J. Díaz Guzmán (78) se inició en los años

60-61 un movimiento para la reactualización del médico general de familia (que en los últimos años ha motivado artículos de análisis en importantes revistas del país (79, 80). La medicina general, por sus características de ejercicio, ha sido considerada en el Congreso Venezolano de Medicina Interna en 1974 como *"una disciplina adquirida mediante un adiestramiento específico y orientada hacia la solución continua y permanente de los aspectos preventivos, asistenciales, de rehabilitación, docencia, investigación y administración que se dan con más frecuencia a propósito de la salud individual y colectiva, tanto en sus aspectos biológicos, psíquicos, espirituales, sociales y ecológicos, ya se trate de los campos de la medicina, la cirugía, la pediatría y la obstetricia"* (81).

Conceptualmente para Scott (82) dos caracteres de la medicina general distinguen a quien la ejerce, de cualquier otro profesional de la medicina; ellos son: a) El enfermo tiene acceso directo y libre al médico general y b) el médico general se encarga de la continuidad de la asistencia: *"Siempre que entre un médico y un grupo de pacientes -dice Scott- concurren esas dos condiciones habrá una práctica general bien caracterizada"*. El factor más importante que en definitiva determina la naturaleza de la labor de un médico general es la entera libertad con que el paciente pueda dirigirse a él. El acceso directo significa que el médico general no pueda prever la clase de enfermedad que motiva la consulta de un paciente. Para Scott, a diferencia del médico general, el especialista interpone entre el enfermo y él, la barrera de la competencia. Igualmente señala que la continuidad de la asistencia, parte fundamental de su actuación, tiende a borrar la frontera entre la medicina curativa y la medicina preventiva y entre la prevención de la enfermedad y el fomento de la salud".

En Inglaterra, de acuerdo a la definición oficial sobre el profesional que ejerce la medicina general (proveniente de *"The Royal College of General Practitioners"*) (83), se le conceptúa como *"el médico que provee cuidado primario, personal y cuidado médico continuo a los individuos y a la familia. El acepta la responsabilidad de hacer una decisión inicial sobre cualquier problema que su paciente pueda presentarle, consultarlo con el especialista cuando él piensa que es apropiado"*. En Venezuela la definición dada en el Primer Seminario Nacional ya señalado (66) fue acogida y ampliada por la Federación Médica Venezolana en 1963 (84). En el IV Seminario Nacional en relación a sus funciones en las instituciones públicas y privadas, se le consideró como *"El profesional de primera línea en el contacto con el paciente a nivel de consultas externas y servicio de emergencia, consulta domiciliaria y otras actividades"* (85). Otra definición dada

por Laguna y col. (86) es la siguiente: *"Aquel médico capaz de actuar en la solución de problemas de salud relativos a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la patología más frecuente, con los recursos del contacto primario, que no requieren del concurso de personal o equipo especializado"*.

Para Ferreira (87), en la complejidad de la red de servicio, el médico general debe ser capaz de solucionar los dos tercios de los casos que habitualmente solicitan consulta médica en el nivel *primario*. Allí se convierte en el miembro del equipo preparado para enfocar los problemas de salud en una amplia dimensión y consciente de su papel social". Ferreira especifica aún más lo que significa la labor a nivel de la comunidad.

Ahora bien, si ésta es la práctica de la medicina general y la orientación que han tenido las facultades y escuelas de medicina y se le considera vigente a tal punto que un destacado sanitarista venezolano doctor Daniel Orrellana (88) en un reciente Seminario en Venezuela la conceptúa como una *"necesidad permanente de la sociedad, cualquiera que sea el grado de desarrollo de la organización médica que le sirve"*, debemos analizar cuáles han sido sus resultados en América Latina, muy especialmente, después de haber descrito los problemas de cobertura de población, problemas fundamentales de salud y las otras anotaciones. De esta evaluación podremos luego arribar a conclusiones y alternativas.

Lo primero a estudiar es la tendencia en cuanto a número de médicos que ejercen la práctica general en América Latina. A este respecto podemos señalar que existe en este período una declinación de médicos generales y un incremento de los especialistas. En efecto, Ferreira (89) reporta que en Chile para 1968 un 33% de los médicos estaban en ejercicio de la medicina general, no obstante la existencia de un servicio único de salud. En Perú el mismo autor enfatiza el hecho de que entre 1957 y 1964 el porcentaje de médicos generales bajó en 0.6% mientras los especialistas registraron un aumento de 3.6% y que para 1972 en todo el país solamente el 23% de los médicos mantenían una práctica general. Igualmente que en Colombia había ocurrido una disminución de los médicos generales de: 100% que existían en 1939 a 38% en 1966.

En Venezuela aunque no existe en la lista del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social la denominación de médico general -como afirma el doctor Orellana (90)- se consideró como tales a los médicos incluidos en los renglones de clasificador titulado *"médico interno, médico residente, médico I y médico II"*, quienes *"ejercen funciones de médicos generales, corroborando por otra parte en la descripción de "tareas típicas", de cada categoría en el clasificador"* y añadiendo los médicos rurales dio un total de 6 397 cargos o sea una proporción de 40%.

Bello (91) en una encuesta hecha por la División de Estadísticas Hospitalarias del Ministerio de Sanidad y Asistencia social sobre 2 592 médicos refiere un porcentaje de 32.63% de médicos generales en contraposición al 67.37% formado por especialistas. En el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en 1975 de un total de 3 641 médicos se calificaron a un 37.57% como médicos generales (92).

Así, Ferreira (93) considera que en definitiva la variación que se observa en América Latina de médicos generales se evidencia en un amplio rango que en 1972 iba de casi 9% de generalistas en Argentina hasta un 72% en México con un promedio de 33.8% para toda la región. Esta realidad, corrobora lo que señalaba el Informe de los ministros cuando afirmaba (94): *"El médico general -proveedor primario del cuidado familiar- representa sólo una pequeña proporción de total de médicos"*.

Lo *segundo a evaluar*, es si los médicos generales ejercen la práctica de acuerdo a las características que hemos anteriormente asignado a la medicina general. Podemos decir sin que esto implique una generalización que en Venezuela, el médico general no siempre cumple con esas funciones a nivel de las instituciones. Así por ejemplo, entre los llamados médicos I y II del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como dice Bello (95), *"muchos ejercen una sola actividad (puericultura, clínica prenatal, higiene escolar, venereología, etcétera) y no propiamente medicina general"*. En el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales se observa lo siguiente: 1) muchos de los que actúan como médicos generales son especialistas (96) y 2) que el médico de los centros ambulatorios del I.V.S.S. (97) *"no incluye medidas de prevención primaria. El médico según su ejercicio refiere el paciente a consultas especializadas al hospital. La medicina obstétrica, la pediatría, la cirugía mayor y la menor, la ejercen especialistas en centros ambulatorios u hospitales. Se trata de una atención médica de primera línea incompleta (solamente curativa)"*. Luis Sucre Mendoza (98) sobre lo que ocurre en Venezuela ha expresado lo siguiente: *"En nuestro país, sin embargo, existe desconcierto sobre la situación de la medicina general y de quienes la practican: los médicos rurales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y unos pocos médicos generales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales ejercen una medicina exclusivamente individual, curativa, de irregular amplitud nosológica y de muy poca profundidad. Sólo a los médicos rurales se les exige alguna responsabilidad preventiva y social en su ejercicio. La mayoría de los médicos generales en los centros ambulatorios del I.V.S.S. limita su práctica a pacientes adultos, refiriendo un elevado número de ellos, incluyendo a embarazadas normales de menos de ocho meses, a los especialistas,*

*lo que ha motivado se les señale como "triajistas para los especialistas". Estos a su vez tienden a conservar los pacientes crónicos compensados, sin devolverlos al médico general, quien llega a desligarse cada vez más del paciente, cerrándose en esta forma un círculo psicológico cuyo efecto neto es la mala utilización del médico general".*

De todo lo expuesto, podemos concluir que la medicina general no ha funcionado debidamente, sobre todo con las expectativas que se infieren de sus postulados teóricos en la América Latina. La tendencia que podemos extraer de las observaciones hechas son básicamente, la declinación de los médicos que actúan como médicos generales acompañada de un incremento de las especialidades y en segundo lugar una distorsión del ejercicio de la medicina general o por lo menos un ejercicio incompleto de dicha práctica. Esto representa una serie de implicaciones en relación a la atención de la salud y a la cobertura de la población ya analizada.

Si los ingleses pueden hoy afirmar: "*Bretaña es afortunada en tener un integral y competente servicio de medicina general*" (99), nosotros no podemos tener la misma satisfacción.

En lo que atañe a las facultades y escuelas de medicina y por ende a las universidades se hace fundamental un análisis tanto de los factores externos a la institución como de nuestras propias responsabilidades (factores internos) que estén incidiendo en la realidad de la práctica de medicina general que hemos descrito. Este estudio en un contexto amplio y realista evitará afirmaciones simplistas en las cuales se inculpa responsabilidad absoluta a nuestras escuelas por la llamada "*calidad*" de los egresados o por lo menos por sus características, que no les permiten de acuerdo a esas afirmaciones permanecer como generalistas.

#### *A) Factores externos a la institución*

Es un hecho, que diversos elementos de la estructura social inciden sobre la formación y utilización de los recursos humanos. Entre ellos debemos señalar en primer lugar la influencia de la práctica médica.

En efecto, como ha sido puntualizado en diversos trabajos sobre la materia, *la práctica médica* dominante ejerce un efecto decisivo. El Comité de la Organización Panamericana de la Salud sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social (100) así lo señalaba: "*En cada formación social concreta, la educación médica cumple un papel fundamental en la reproducción de servicios de salud y se cristaliza en la reactualización y preservación de las prácticas específicas, tanto en las dimensiones del conocimiento como en las técnicas y*

*contenido ideológico. Además de esto, es la propia estructura de la atención médica la que ejerce una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos, principalmente a través de la estructura del mercado de trabajo y de las condiciones que circunscriben la práctica médica”.*

El grupo de trabajo reunido en Caracas en 1975 (101) también lo especificaba cuando anotaba: *“A ello se agrega, el hecho admitido de que la educación médica como tal y las características de los médicos en ejercicio son fuertemente influenciados por el patrón predominante en la práctica médica en cada país”.*

Juan C. García (102) considera que precisamente la educación médica se enfrenta a las posiciones de la práctica médica. Así señala: *“Los tipos y la forma que adquiere la formación en salud, refleja la estructura de la práctica médica. Sin embargo -para el autor-, si bien es cierto que la práctica médica impone sus propias leyes de funcionamiento a la formación de personal, esto ocurre hasta cierto punto. La educación médica tiene una cierta autonomía que llega a chocar con los provenientes de la práctica médica. El modo dominante de producción de servicios de una economía de mercado necesita médicos especializados. Sin embargo las escuelas de medicina siguen manteniendo como objetivo la formación de un médico general. De hecho sucede que los profesores son especialistas y que su enseñanza entra en conflicto con las metas señaladas. Por otra parte, los estudiantes presionados por el mercado de trabajo se inclinan prematuramente hacia una especialidad donde los de mayor prestigio en la práctica médica atraen el mayor número de postulantes y a los mejor preparados. Esta situación se complica cuando los seguros sociales tratan de expandir la cobertura hacia los grupos menos privilegiados, surgiendo de esta forma una demanda de mayor cantidad de médicos generales”.*

Así, aunque estamos absolutamente convencidos de que la especialización (carácter saliente de la medicina particularmente en los últimos cien años) ha sido el origen de casi todos los grandes adelantos de la medicina y que se le puede conceptuar como *“un principio inherente a la propia naturaleza humana”* como señala Ferreira (103), en América Latina dice el autor mencionado, se correlaciona con otros aspectos socio-económicos que cercan el ejercicio profesional. De estudios hechos en varios países latinoamericanos Ferreira observa la mayor cantidad de especialistas que médicos generales en los centros urbanos, con mayores ingresos económicos y práctica predominantemente hospitalaria. *Otro factor entrelazado muy estrechamente con el anterior, es la exis-*

tencia (como lo hemos reportado) de numerosas instituciones de salud y la ausencia de una política de salud coherente, ello provoca la compleja actuación de instituciones eminentemente de tendencia a medicina curativa con otras que tratan de realizar funciones integrales. La actuación autónoma de muchas de ellas y su multiplicidad provocan incoherencia y en definitiva con respecto al punto que tratamos, hace que los médicos generales, no sean debidamente utilizados. Si la función de un médico general puede ser substituida por un especialista quiere decir que no se le da al cargo la dinámica de funcionamiento que exige la medicina general. Si esto se repite implica que no hay una estructura organizativa que permita que un recurso humano formado con determinados objetivos (en este caso el médico general) pueda cumplir su acción institucional. Esto, fue señalado conceptualmente en el V Congreso Venezolano de Salud Pública donde se afirmó (104): *"Entre nosotros y posiblemente esto sea una condición común a todos los países de Latinoamérica, el problema fundamental deriva de la ausencia de una política de salud coherente, capaz de precisar las acciones de salud que se pretende cumplir, la prioridad adjudicable a cada una de ellas y el número y calidad de recursos de personal de que es preciso disponer para que pueda llevarse a la práctica con el mayor grado posible de eficiencia"*.

Mahler (105), director de la Organización Mundial de la Salud, ha dado a mi juicio una idea concreta sobre estos aspectos cuando afirma: *"Los médicos y otros trabajadores de la salud aún cuando hayan sido preparados en forma óptima para ejercer una medicina comunitaria, el sistema operante se convierte en importante factor de distorsión del producto que ha egresado de las universidades, por ello es imprescindible modificar el sistema de salud y luego formar a los médicos para que se desempeñen en ese sistema"*.

No obstante de que las universidades deben afrontar todos los cambios necesarios para que el recurso humano formado se adapte a las necesidades de los países, es muy importante recordar lo señalado ya que en este sentido, como lo apuntara J. Andrade (106) *"ha sido común culpar a los sistemas responsables de la formación de personal de salud de las limitaciones y deficiencias en la prestación de los servicios y de las dificultades que estos últimos afrontan para responder a determinadas exigencias de cambio"*; hecho que puede ser contraproducente no sólo en la medida en que tal concepto daña a la institución universitaria sino en que pueda ser no tomada en cuenta a la hora de formación del médico general a nivel de postgrado. El alejamiento de cualquier plan de esta naturaleza de las realidades nacionales (aparte de cualquier otra consideración) es definitivamente negativa para su éxito en bene-

ficio de la atención médica.

También, el reconocimiento por parte de las universidades de las limitaciones que pueden provenir de los problemas señalados, debe -como lo apuntaba la reunión patrocinada por la O.P.S. (Caracas, 1975)- (107), hacerlas incidir sobre ellos. En efecto, allí se establecía dentro de las recomendaciones, la necesidad de que *“la práctica profesional y la estructura de la atención médica deben ser consideradas como objetos de transformación por parte de las instituciones formadoras de médicos dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones en las cuales se dispensan salud”*.

### *Factores internos de las instituciones formadoras de médicos*

Durante las últimas décadas se han hecho una serie de observaciones sobre el proceso de educación médica en nuestras facultades de medicina. Ellas han provenido de revisiones internas de las diversas instituciones y de las conclusiones de conferencias latinoamericanas desarrolladas con cierta periodicidad.

Las observaciones que se han hecho y sobre las cuales se ha exigido modificaciones se refieren en mayor o menor grado al *currículo* de las escuelas, considerando que su diseño no favorece y en algunos casos entorpece la formación de médicos generales.

Quizá el estudio hecho por Juan C. García en 1972 sobre facultades y escuelas de medicina que ya hemos citado varias veces en esta ponencia, constituye la revisión más amplia de los problemas ya que su identificación concreta abarcó todos los países de la América Latina.

De este documento y de otros también muy significativos podemos precisar los más importantes problemas encontrados:

1) *Objetivos educacionales inexistentes*, o imprecisos o vagos -ausencia de objetivos específicos en la mayoría de las escuelas. En otras presencia de objetivos de asignaturas que predominaban sobre los objetivos de las escuelas- inicio de la organización curricular con determinación de contenidos programáticos para asignaturas determinadas por disciplinas científicas de campo médico con objetivos implícitos o sin objetivos precisos, con consecuencias negativas (108, 109, 110, 111).

2) *Currículos en los cuales los contenidos programáticos* se encuentran predominantemente materias especializadas (112). A veces *“la principal fuente de información sobre los avances científicos y tecnológicos son los propios especialistas. Cuando estos especialistas son docentes médicos se constituyen también en la fuente principal*

*de datos para establecer los objetivos y contenidos de los programas educativos, independientemente de los objetivos generales y líneas curriculares que haya establecido la escuela*" (113).

3) *Experiencias educativas alejadas de la realidad* se señala una enseñanza eminentemente intra-hospitalaria y en centros muy especializados con dificultad para que el estudiante perciba y entre en contacto con la comunidad y atienda la mayor parte de las personas con las cuales deberá tener relación como médico general (personas sanas, medidas de contacto primario para la atención de pacientes ambulatorios y ciertas medidas para la atención de problemas urgentes). Esto hace que el estudiante al tener mayor tiempo de actividades en hospitales especializados aprenda atendiendo a solo un porcentaje muy bajo de los pacientes que le corresponderá tratar. Su formación no se hace así a nivel de los centros de salud y en los servicios de consulta externa (114, 115, 116). Se ha criticado también la falta de una orientación científica y social del alumno hacia el individuo dentro del contexto de su ambiente familiar y comunitario, así como la ausencia de experiencias de estudio-trabajo (117, 118).

4) *En cuanto a la organización y metodología.* Se observó en un alto porcentaje un *curriculum* eminentemente flexneriano con neta división entre las disciplinas básicas y las clínicas con cátedras y departamentos de medicina preventiva y social actuando en una tercera línea independiente de los dos grupos anteriores (119). A este respecto cabe señalar las observaciones de García (120): "*La unidad de plan de estudios es la asignatura y estas generalmente se agrupan en unidades mayores que a su vez forman conglomerados claramente distinguibles ciencias básicas, ciencias preclínicas y disciplinas clínicas. Estas agrupaciones se distribuyen en forma similar en los años de estudio en todas las escuelas investigativas, correspondiendo los primeros años a las ciencias básicas, los intermedios a las preclínicas y los últimos a las materias clínicas. Los criterios que definen las unidades curriculares no están lo suficientemente explícitos y en algunos casos parecieran no existir*".

Sobre estos aspectos se han reportado también problemas de la metodología de la enseñanza, pues esa división como reporta Laguna y col. (121) hace que el alumno aprenda la información teórica durante dos años para aplicarla posteriormente en la clínica. Esta falta de conexión inmediata entre la teoría y su aplicación a la realidad contribuye según ellos a que el alumno olvide rápidamente la información recibida y obliga a los profesores en la clínica a repetir lo que el estudiante frecuentemente no recuerda. Se ha señalado así en forma insistente el hecho de la falta de integración, ya que la enseñanza por disciplinas se ha venido usando en las

instituciones formadoras de médicos desde hace muchos años, lo que ha llevado a la simple reunión de materias que se dictan de manera incoordinada. La idea del aprendizaje integrado se sustenta en teorías del aprendizaje (122, 123), según la cual el conocimiento no es la copia de la realidad; conocer un objeto dice Piaget (124), conocer un acontecimiento no es solamente mirarlo y hacer de él una copia mental, una imagen. Conocer un objeto es actuar sobre él. Conocer es modificar, transformar el objeto y entender el proceso de su transformación y como consecuencia entender la forma en que el objeto es construido. Una operación es así la esencia del conocimiento, una acción internalizada, la que modifica el objeto del conocimiento.

De acuerdo con esta tesis, se han realizado algunos planes experimentales como en la Universidad Autónoma Metropolitana de México (125).

El autor en tal sentido está de acuerdo con lo señalado en la reunión de Caracas de 1975 (126) en el sentido de que *"Si bien no es posible negar que con la fundamentación teórica tradicional de la educación médica se han alcanzado niveles altos de excelencia, también lo es que no se puede aspirar a obtener resultados satisfactorios si se pretende hacer enseñanza integrada sin tomar en cuenta las bases teóricas de la misma y sin admitir las consecuencias que ellas han de tener sobre toda la concepción del proceso educativo"*.

Otras observaciones que han sido reportadas sobre la educación médica tradicional han sido la ausencia de una debida integración docente-asistencial (que es otra ponencia de esta conferencia).

Del análisis que ha realizado Jorge Andrade (127), podemos sacar algunas conclusiones del por qué de estas estructuras curriculares. Para el autor, después de la Segunda Guerra Mundial se produce un cambio fundamental en las relaciones de dependencia económica y cultural de los países latinoamericanos, lo cual consistió en la disminución de la influencia económica, política y cultural de la Europa continental tanto en América Latina como en el mundo. La mayoría de las escuelas de medicina latinoamericanas refiere, fueron influenciadas por Europa, principalmente por Francia y Alemania y especialmente después de la independencia de España y en la primera mitad del presente siglo. Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, tal influencia decreció y la de los Estados Unidos se hizo evidente a través de diversos mecanismos. Ahora, sobre la medicina norteamericana la influencia más importante del presente siglo continúa Andrade, fue la del Informe Flexner, considerada incluso como notable, aparecida en 1910 y cuyos resultados más importantes fueron: la adscripción de las escuelas de medicina a las universidades, la creación

de departamentos, la individualización y el desarrollo creciente de la enseñanza y la investigación y la incorporación del hospital a las escuelas de medicina, para ser utilizado como campo fundamental del adiestramiento clínico. La influencia del Informe Flexner se extendió a Europa y América Latina y se consolidó hasta la segunda mitad del decenio 1940 cuando surgió en la escuela de medicina de la Western University (E.U.A.) el concepto de enseñanza integrada de las ciencias básicas lo cual en cierto modo representaba un alejamiento de algunos de los postulados flexnerianos. La reforma iniciada en dicha universidad se extendió rápidamente a otras escuelas.

Andrade, puntualiza luego como hechos importantes, la Conferencia de Colorado Springs en la que estuvieron representadas 76 escuelas de medicina de los Estados Unidos y Canadá (58 a 83 escuelas ya tenían Departamentos de Medicina Preventiva). En efecto en dicha Conferencia se responsabilizó al Informe Flexner de haber contribuido a crear una separación entre la medicina curativa y la preventiva y a la pérdida de la visión del paciente, como un individuo miembro de una familia y de una comunidad. Otros acontecimientos reportados por el autor fueron: El Primer Seminario de Educación Médica en Colombia (primero en su género en Latinoamérica) y luego la Primera Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina reunida en México en 1957 y bajo los auspicios de la UDUAL.

En los últimos años han surgido Planes de Medicina de tipo experimental, que representan el alejamiento de esas fórmulas que llevó en algunos casos como lo señala Andrade a una adopción irreflexiva, causimecánica de modelos foráneos que fueron distorsionados por las características particulares del medio y cuyos resultados no siempre han respondido a las expectativas.

Efectivamente, podemos concluir que en los últimos 25 años han tenido lugar 2 hechos: 1o.) se han propuesto una serie de modificaciones sobre educación médica (128): substitución de las cátedras por departamentos, integración de las ciencias básicas entre sí y con la enseñanza clínica; enseñanza y práctica de la medicina comunitaria; incorporación de la enseñanza de la medicina preventiva y social; cambios metodológicos y uso de moderna tecnología educativa; uso de los organismos de atención médica y de los organismos de seguridad social o similares para la educación médica y 2o.) han surgido una serie de planes de estudio sustentado en las propias realidades de los países de América Latina. Entre ellos el Plan de la Universidad de La Habana (128, 129); el Plan A-36 (86, 118); el Plan de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (122, 125); de la Universidad de Brasilia (130); de la Universidad de San Carlos de Guatemala

(131); de la Universidad Nacional de Costa Rica (132). En Venezuela, en la Universidad de los Andes se está llevando a cabo un plan de esta naturaleza (132).

Todos ellos representan alternativas como luego veremos que deben mantenerse y desarrollarse, representan una etapa en la cual es nuestra propia característica la que se está originando, nuestras necesidades de personal de salud. Hago míos en tal sentido los conceptos señalados por el Comité de Programas de Libros de Texto de la OPS para la enseñanza de las ciencias fisiológicas en las escuelas de medicina de la América Latina (133) *"Efectivamente las características de la medicina general y de la educación médica en particular han variado históricamente; es el caso de la influencia europea en la primera etapa y posteriormente de la influencia norteamericana. Al parecer se inicia ahora una nueva etapa, de raigambre latinoamericana"*.

Hemos analizado por otra parte la práctica de la medicina general relacionándola con la situación de la salud. Consideramos que la medicina general es una práctica a la cual debe dársele un nuevo rumbo a nivel de las facultades de medicina en pregrado. Más adelante hablaremos de las alternativas en este camino. Sin embargo, me parece fundamental y obligado recordar otro sistema de atención primaria existente en la República de Cuba (134, 135, 136, 137), constituido por una tríada de internistas, pediatra y obstetra con un estomatólogo y una organización que a juicio de los resultados ha sido muy efectiva. En tal sentido, consideramos que se ha venido fortaleciendo la tesis de que *"las escuelas de América Latina han de buscar sus propias soluciones a través de un proceso creativo y profundamente crítico, sustentado en su propia realidad y en las exigencias de la sociedad en la cual tienen su asiento"* (138), por consiguiente, este sistema debe ser estudiado a la luz de las realidades de cada nación. A tal respecto, el propio Andrade ya lo ha expresado con un criterio objetivo (139): *"No queremos dejar de referirnos al hecho de que durante el período analizado, la América Latina ha sido testigo del proceso revolucionario que se viene desarrollando en Cuba y que según se desprende de las ponencias presentadas recientemente en la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina (La Habana, 1976), ha tenido importantes repercusiones en la atención y educación médica de ese país, las cuales deberán ser cuidadosamente analizadas e interpretadas dentro del marco de las realidades sociales, económicas y políticas de cada situación en particular"*.

## B) *Formación de técnicos para la salud*

La docencia en relación a este importante grupo de profesionales de la salud, ha sido objeto de mayor interés en los países de la América Latina, a partir de 1972, cuando de la Reunión de los Ministros de la Salud, se concretaron observaciones sobre necesidades; funciones a nivel de los equipos de salud y se actualizó lo relativo a las características de los sistemas educativos utilizados en su formación (140). En efecto tratando de hacer una síntesis de los hallazgos fundamentales reportados en dicha reunión, podemos catalogarlos en dos tipos: a) aspectos relacionados a número de profesionales existentes para dicho año y b) estructuras educativas.

a) En lo que respecta a número de profesionales se encontró un déficit, el cual ya lo hemos señalado en la primera parte de esta ponencia (véase: Recursos humanos en situación de salud en América Latina). Tal situación llevó al planteamiento de metas a cumplir en el decenio; ellas eran: capacitar en la América Latina, aproximadamente 120 000 enfermeras y 360 000 auxiliares de enfermería y alcanzar una proporción de tres técnicos por 10 000 habitantes (se encontró 0.9 técnicos por la misma cifra de población) (141).

b) En cuanto al segundo punto, se expresó lo siguiente (142): *“La formación de recursos de nivel medio no cuenta con estructuración, organización, ni reconocimiento adecuado, siendo la mayoría de las veces de tipo circunstancial, agregándose a ello el hecho de que hay insuficiencia de información sobre funciones y cuantificación de los diversos aspectos del problema. A este respecto, el Plan Decenal contempló igualmente metas para corregir lo señalado.*

En 1975 (143) se reunieron en Medellín-Colombia, para analizar aspectos relativos a recursos humanos, representantes de 15 países de América en conjunto con representantes de organismos continentales e internacionales relacionados con la materia. Las consideraciones fueron realizadas principalmente sobre los niveles medio y básico, conceptuados como *“factores de cambio en los sistemas de salud”*. Se señaló en el Relato final, persistencia de las observaciones reportadas anteriormente, es decir *“escasa cantidad de técnicos y un personal a nivel básico, muy por debajo de las necesidades nacionales”*. De acuerdo a sus conclusiones, consideraban que el énfasis en la formación de recursos humanos no podía seguirse haciendo en médicos, sino en personal a nivel medio y básico para cambiar la situación de salud en el continente.

Igualmente, se corroboró la existencia de múltiples organismos para la enseñanza sin que entre ellos hubiera coordinación para un objetivo co-

mún, ni una defición que armonizara las responsabilidades que a cada uno deberían competir, con la consiguiente duplicación de esfuerzos. De acuerdo, en efecto a dicho reporte, los programas de formación estaban divididos en tres categorías: 1. De *nivel superior*, o profesional, a cargo de las universidades. 2. De *nivel medio* o técnico, a cargo de los Ministerios de Educación, de las universidades, de los institutos tecnológicos de nivel medio, Ministerios de Salud Pública e instituciones de seguridad social y 3. De *nivel básico* o auxiliar, que generalmente estaba al cuidado de los Ministerios de Salud e instituciones de seguridad social.

Venezuela, aunque refleja prácticamente la situación planteada, los programas de formación de personal técnico como lo señalaba Allwood (144) han recaído en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a partir de su fundación en 1936, las otras instituciones (Instituto Venezolano de Seguros Sociales, Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal) contaban con pocos recursos e igualmente las escuelas de este tipo, privadas, eran escasas. Lo que sí se ha señalado tanto en 1950 como en 1976 de acuerdo a lo expresado por Allwood (145) es multiplicidad de cursos y falta de control y coordinación en el sistema.

En el V Congreso Venezolano de Salud Pública en 1976 también se señalaron los efectos de la formación de este tipo de profesional, al puntualizar (146): *"El personal técnico de nivel intermedio ha sido hasta ahora mal definido y orientado y programado y como consecuencia de ello, la producción de este recurso tan importante, uno de los pilares de la ciencia de la salud ha estado creciendo de manera lenta, fragmentada y dispersa"*.

Ahora bien, si estudiamos los progresos de esta área en la región, encontramos que pese a los esfuerzos realizados por los países de América Latina para alcanzar las metas parece muy difícil que éstas se logren por lo menos a nivel general, aunque indudablemente existen adelantos especiales e importantes en algunos. Ya hemos referido en este sentido el número total de enfermeras para 1976 de acuerdo al *Informe de la Organización Panamericana de la Salud* (véase: Recursos humanos en la situación de salud). Otras observaciones recientes más especificadas sobre el tema son las siguientes: En algunos países de Centroamérica se triplicaron y hasta cuadruplicaron el número de egresadas en enfermería de 1974 a 1977 y en otros como Brasil se aumentó el número de escuelas de enfermería de 34 en 1975 a 60 en 1977 (147). Para 1976 (148) se inició en Costa Rica un programa de dos años de duración para enfermeras generales con 80 estudiantes. En la República Dominicana se incrementó la producción en un 70%. En Ecuador el ingreso de estudiantes a las escuelas de enfermería superó las metas establecidas. En Perú se iniciaron sien-

te programas de enfermería en las escuelas superiores de enseñanza profesional.

En Venezuela, de acuerdo a Guedez Lima (149) para 1975 se contaba con 6 500 enfermeras a nivel básico de las cuales 30% por lo menos tenían labores administrativas y el resto se dedicaba a la atención directa o indirecta de pacientes tanto en las áreas clínicas de los hospitales y centros de salud como en las de salud pública y de la comunidad. Para esa época, señala el autor, existían 13 000 médicos aproximadamente, lo que da una idea de la desproporción. El doctor J.R. Vizcarrondo, actual director de Recursos Humanos (150), considera que a partir de 1976 ha mejorado el promedio anual de técnicos medios en enfermería, a tal punto que en 1978 llegó a un 224.6% más de lo que se producía anualmente hasta 1975. Según sus observaciones, no obstante las cifras mencionadas, existe un déficit anual promedio en los tres últimos años de 516 enfermeras, lo cual representa un 40% menos de lo que debiera formarse de acuerdo a los lineamientos del *Plan Decenal de Salud para las Américas*.

En Cuba, el índice de técnicos a nivel medio, incluyendo personal de enfermería señalado para 1976 (151) fue de 4.5 por 1 000 habitantes. En una síntesis de los hechos reportados en el trabajo *Docencia Médica Media en Cuba*, expondremos los siguientes resultados por etapas: entre 1959 y 1964, se graduaron 8 826 técnicos y auxiliares, entre ellos 1 702 enfermeras y 4 416 auxiliares de enfermería. Entre 1965 y 1969 hubo "*incremento progresivo del número de escuelas de enfermeras hasta alcanzar la cifra de 20 en todo el país y prolongación de los planes de estudio para esta especialidad a tres años de duración*". Entre 1970-1975 se aumentó el número de escuelas de enfermeras a 36 y el área para formación de auxiliares a 28, donde se desarrolló en enseñanza en 145 cursos: 63 de nivel medio y 82 de auxiliar (152).

Entre 1959 y 1975 (153), se capacitaron así 56 039 graduados (docencia médica media), (con un incremento permanente hasta 1970 y estabilización posterior del número), distribuidos así: 8 671 enfermeras, 23 990 auxiliares de enfermería y 23 378 otros técnicos medios y auxiliares.

En otros países, anotaciones al respecto permiten conocer la elaboración de planes en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud con el fin de alcanzar las metas señaladas en el *Plan Decenal*; entre otros, en las áreas de estadísticas de salud, nutrición y dietética. Su evaluación será fundamental para el estudio y apertura de nuevos rumbos en la educación de estos profesionales (154, 155). Otro hecho importante ha sido la firma y puesta en marcha del Convenio Hipólito Unanue por parte de Venezuela, Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú, en cumplimiento de la Re-

solución No. 33 de la III Reunión del Area Andina (156, 157), lo que ha permitido integrar esfuerzos en lo relativo a salud, entre ellos en el área de la formación de tecnólogos. Así en la reunión de diciembre de 1975 (157), se concluyó que dicha formación requería de la aplicación de una serie de principios, entre los cuales cabe destacar la necesidad de efectuar enfoques epidemiológicos de las situaciones nacionales y estimación de los recursos a formar en *función del equipo de salud*.

En Venezuela, el interés por la organización, funcionamiento y formación de personal técnico como el señalado ha indudablemente aumentado, sobre todo con la creación de la división y luego Dirección de Recursos Humanos en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (158). En tal sentido, las evaluaciones hechas en los diversos tópicos (159, 160, 161, 162, 163, 164, 165), incidiría sin duda sobre los planes de integración que se adelantan. Por otra parte, las discusiones que el tema ha recibido de las reuniones científicas nacionales (166, 167) revelan la motivación que sobre él hay a nivel del país, así como la relevancia que tiene, muy superior a lo ocurrido en años anteriores.

Las universidades han dedicado parte de dos de sus seminarios nacionales a estudiar lo relativo a los aspectos formativos del personal técnico (168, 169). La Universidad Central de Venezuela a través de la Escuela de Salud Pública, la cual funciona por un acuerdo entre la Universidad y el Ministerio de Sanidad, mantiene a nivel de las carreras cortas una importante contribución en los programas formativos (170).

Allwood, quien a requerimientos de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de Educación ha hecho dos interesantes y densos informes sobre "*Educación en Tecnología Médica en Venezuela*" (ya citados) planteó en uno de ellos, la integración de dicha educación dentro del subsistema de educación superior como instituto universitario (Instituto Venezolano de Tecnología Sanitaria), sobre lo cual no ha habido ulterior pronunciamiento (171).

Ahora bien, dentro de este marco que hemos señalado de la situación de los técnicos de nivel medio y básico en América Latina, ha surgido en los últimos años un manifiesto interés por la formación de un tipo especial de técnico medio producto de la necesidad de una mayor cobertura a través de un equipo de salud orientado a esos fines. La situación en efecto, de la falta de cobertura de población es un problema de permanente estudio a nivel mundial y latinoamericano por la gravedad de sus consecuencias y de hecho está suscitando cambios en lo relativo a conceptos de atención médica y al uso de personal para tales objetivos.

Para tener aunque sea una idea somera de tal problema, recordemos que de los cuatro mil millones de personas que viven en el planeta como lo señala Flahault (172), tres mil millones viven en países en desarrollo y sólo un 20% -unos 600 millones- tienen acceso a servicios oficiales de salud. Por lo cual afirma: ***"Hay por tanto cerca de dos mil quinientos millones de personas privadas de la asistencia que necesitan"***.

En América Latina, los impresionantes hallazgos de la reunión de los Ministros de Salud que hemos expuesto en el aparte correspondiente (véase: ***Cobertura en Situación de Salud en la América Latina***) revelaron que un 37% de personas de la población para 1972, no tenían acceso a los servicios de asistencia (56), la cual vivía en su mayoría en el medio rural o en las poblaciones marginales de las grandes ciudades.

En Venezuela, para 1976 como se expresó en el V Congreso Venezolano de Salud Pública (173), la atención médica permanente por profesionales de la Medicina se detenía prácticamente a nivel de los poblados mayores de 1 100 habitantes. Viviendo en caseríos y aldeas cuyo tamaño es menor de esa cifra o en forma dispersa existe una población que según el censo de 1971 alcanzaba a 2 444 862 habitantes, de los cuales 437 688 estaban en núcleos entre 500 y 999 habitantes y el resto en núcleos más pequeños o en casas diseminadas. Para atender las necesidades primarias de salud en esta población, señala la exposición, existían para fines de 1975 unos 2 130 Dispensarios Rurales conocidos, de los cuales unos 662 tenían auxiliares que habían recibido entrenamiento de medicina simplificada.

Las circunstancias anotadas en nuestra región, llevó ya a los Ministros de Salud en 1972 a postular lo siguiente: ***"Hemos destacado la prioridad que le asignamos a personas y comunidades que carecen hoy de toda atención o, lo que es más grave aún, no tienen acceso a la misma. Con plena conciencia de la situación y de la calidad de los problemas, postulamos la urgencia de entregar a auxiliares capacitados con adecuada supervisión profesional, las responsabilidades compatibles con su experiencia. Con ello responderíamos al sentido social y humanitario de nuestro cometido"*** (174).

Esta aseveración con diferentes matices se ha repetido de una manera más o menos constante. Horwitz (175) conceptúa que la razón más manifiesta de las que han conducido a un interés renovado por el personal de grado intermedio y auxiliar dentro del campo sanitario es el creciente desequilibrio que existe en la mayoría de los países entre las demandas sociales y los recursos disponibles.

En igual sentido se pronuncia el director actual de la Organización Panamericana de la Salud (176) cuando expresa que el personal ***"técnico me-***

*dio en salud*" que surgió hace más de 20 años, al principio desempeñó funciones de colaboración y apoyo al profesional médico en el contexto hospitalario y posteriormente se amplió su ámbito hacia acciones de carácter preventivo, educación para la salud, control estadístico y administración de los servicios de salud. En años más recientes continúa: *"surgió un nuevo concepto de atención y de organización de los servicios con miras a extender los servicios de salud y lograr una cobertura universal según lo estipulado en el Plan Decenal de Salud para las Américas. La situación planteada en la estructura de los servicios de salud generó la necesidad de contar con un nuevo tipo de "personal técnico medio", que estuviera capacitado para llevar a cabo las innovaciones en las prácticas de la salud, para labores de tipo institucional y para realizar actividades en las zonas marginales urbanas y rurales. Por lo tanto a nivel de los centros de formación coexisten los dos tipos de técnicos: los monovalentes, que cumplen un trabajo auxiliar al profesional y los polivalentes que realizan su trabajo en forma coordinada con los profesionales"*.

Entre 1975 y 1977, de acuerdo a la misma fuente de información, se trató de obtener una visión más amplia de los problemas de formación de este tipo de personal, las características de los centros formadores, sus condiciones de trabajo, las disposiciones legales y los niveles ocupacionales y por otra parte de definir criterios y alternativas para ejecutar programas de carácter regional, interpaíses y de países.

Flahault (177), médico jefe de Formación de Personal Auxiliar de la Organización Mundial de la Salud expresaba en 1975 que para ese año 30 países de los 137 miembros de la Organización Mundial de la Salud utilizaban personal de asistencia sanitaria de tipo intermedio catalogados y denominados por él como ayudantes de medicina, de un nivel de técnico sanitario que después de su instrucción general ha seguido dos o tres años de formación técnica con lo cual se diferenciaba netamente de los auxiliares de inferior categoría como por ejemplo los de Venezuela (medicina simplificada).

Para él fuera de los treinta países, *"las tareas que se enseñan a los ayudantes de medicina corren a cargo de diversos tipos de personal desde el médico hasta el auxiliar menos calificado, solución que puede ser satisfactoria, pero que no suele serlo"*.

Las denominaciones de este tipo de personal según el autor eran muy variadas: ayudante de medicina, auxiliar técnico de medicina, practicante de medicina, asistente técnico, técnico de extensión sanitaria. Sus funciones: *"deberá saber reconocer las enfermedades más comunes,*

*tratar las más sencillas, enviar los casos más complejos al hospital y centro de salud más próximo, aplicar medidas preventivas y fomentar la salud en el lugar donde presta servicio”.*

Fenderson (178) incluye dentro de los ayudantes de medicina conocidos a los denominados ayudante médico de la India, asistente médico en Fijí; feldsher en la Unión Soviética; médico africano (Países Africanos), etcétera.

En América Latina se citaron para 1975 algunas experiencias de este tipo pero no de alcance nacional sino distrital (179).

Otro personal que ha venido asumiendo una responsabilidad mayor en la prestación de la asistencia médica ambulatoria es la enfermera. Fenderson (180) considera que son muchas las denominaciones de acuerdo a las funciones generales o específicas que la enfermera desempeñe. Se citan en tal sentido: diplomada, ayudante, jefe de: salud de la familia, pediatría, asistencia primaria, salud pública, servicios generales, etcétera.

Este hecho ha tenido mucha aplicación en América Latina -de acuerdo al *Informe Cuadrienal* del director de la OPS- (181), como medida para extender la cobertura y ha significado un cambio del enfoque administrativo. Según sus consideraciones: *“el perfeccionamiento de la competencia clínica de la enfermera le permitiría asumir mayores responsabilidades en lo relacionado con problemas comunes de salud, incorporando a la práctica de la enfermería la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Se han incluido programas en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Honduras, República Dominicana, Nicaragua, Trinidad y Tobago.*

En resumen, las características principales de la formación de técnicos para la salud en la América Latina, así como sus perspectivas y postulados son los siguientes:

- 1) Los países de la región realizan esfuerzos para cumplir las metas del *Plan Decenal para las Américas*, en lo que respecta a recursos humanos de tipo técnico y básico. (Aspectos cualitativos y cuantitativos).
- 2) Persisten sin embargo en una alta proporción, multiplicidad de organismos para la enseñanza, incoherencia, ausencia de mecanismos de integración docente-asistencial adecuados y currículos alejados de la realidad en lo que respecta a diseños de objetivos, contenidos curriculares y experiencias educativas.
- 3) La experiencia de Cuba en la docencia médica media es un aporte de gran valor que debe ser estudiado y evaluado. Igualmente son positivas

las reuniones de los países latinoamericanos ya señaladas para el estudio de los problemas y la puesta en marcha de mecanismos de integración como el Convenio Hipólito Unanue.

4) La necesidad de obtener una mayor cobertura de la población ha generado la aparición o el incremento de técnicos de tipo medio en salud, lo cual es actualmente objeto de evaluación en la región.

Ha sido tema de interés y de estudio, el personal de Asistencia Sanitaria de grado intermedio que con denominación variable (ayudante de medicina entre ellos), con estudios técnicos de dos o tres años, es utilizado en un número considerable de países, fundamentalmente no latinoamericanos. Se ha incrementado la participación de la enfermera como recurso para la atención primaria en la América Latina. Hay planes de desarrollo en varias naciones. Se considera en todo caso que cada país deberá definir sus planes en relación a este punto, tomando como base el Informe Final de la IV Reunión de Salud de las Américas (58) celebrada en 1977 donde se define las características de la cobertura de servicios, así como los conceptos de la atención primaria y la participación de la comunidad como estrategias para la extensión de la cobertura y el desarrollo de tecnologías apropiadas, como instrumentos para garantizar esa cobertura de servicios de salud con sus atributos de universalidad, integralidad, accesibilidad, efectividad y continuidad.

La expansión por otra parte debe ir acompañada paralelamente del desarrollo de otros aspectos de la infraestructura como lo señala Espinoza M. (182), como expansión de la educación en general, incremento de las vías de comunicación, desarrollo de una reforma agraria real y total.

Igualmente y por último, que las medidas de delegar funciones deben ser como observa Flahault (183) medidas temporales mientras se busca una solución mejor.

5) Las universidades deben mantener su papel rector e intervenir en la planificación y puesta en marcha de los programas de formación que les competen.

### C) *Alternativas en la enseñanza de la medicina*

Basándonos en los planteamientos que se han llevado a cabo en el transcurso de la exposición y tomando en cuenta algunos de los trabajos que hemos citado, sobre todo de los que ofrecen perspectivas de cambio, presentamos las siguientes alternativas para la enseñanza de la medicina en la América Latina:

- 1) Las facultades y escuelas de medicina de América Latina deben formar médicos con el objetivo de que estos profesionales cumplan funciones de servicio dentro de las políticas de salud de los países de la región.
- 2) Para tal finalidad, se hace imprescindible determinar el recurso humano de tipo médico a requerir en el sistema de atención para la salud; específicamente en lo que respecta a la atención primaria y también a su organización y funcionamiento en los diversos niveles de dicha atención de salud.
- 3) El profesional a formar, de acuerdo a los postulados anteriormente citados, deberá adquirir la actitud que le permita solucionar de manera integrada los problemas de la salud. En tal sentido la concepción del equipo de salud estará presente en el diseño curricular.
- 4) Dado los análisis que hemos realizado sobre los factores externos a la universidad que han incidido en la formación del médico, se hace absolutamente necesario que las facultades y escuelas de medicina consideren la práctica profesional y la estructura de la atención médica como objetos de transformación "*dentro de cualquier estrategia integral de cambio*".
- 5) En igual sentido, las facultades y escuelas de medicina deben solicitar definición de políticas de salud y por consiguiente la coherencia de las instituciones que integran el sistema de salud. La constitución de un servicio único que utilice debidamente el profesional formado a fin de que no se distorsione sino que al contrario continúe en constante formación, es una de las metas a alcanzar. La participación de las universidades, conservando su autonomía en la definición de los procesos antes mencionados, es una necesidad absoluta.
- 6) La integración docente-asistencial será un objetivo a realizar para iniciar cualquier proceso de cambio. Dicha integración debe lograrse a través de un esquema que haga la relación operante, es decir permanente y productiva para las instituciones.
- 7) Los objetivos curriculares deben estar especificados y en concordancia a las funciones que el profesional (médico general, en la mayoría de los países) vaya a desarrollar en el sistema de salud, de acuerdo a lo descrito en los puntos 1 y 2.
- 8) Es fundamental lograr que los contenidos curriculares tengan coherencia con los fines previstos y definir así el concepto que las disciplinas deben tener como elementos específicos del *currículo*.

9) Las experiencias educativas a utilizar deben ser aquellas que coloquen al alumno en contacto con la realidad en la cual le tocará actuar y que lo *"animen a participar activa y responsablemente en el análisis y solución de los problemas que le plantea"*. En ese sentido el nivel de atención primaria que se lleva a cabo en la periferia del sistema de salud y el nivel secundario representado por el hospital general a comunitario que constituye el recurso complementario (siempre que se cuente con un sistema de salud regionalizado con estrecha coordinación entre nivel primario y secundario) deben ser los sitios donde se efectúe la mayor parte del aprendizaje. La estancia en hospitales especializados (tercer nivel) debe ser una excepción en la enseñanza de pregrado. El desarrollo creciente de experiencias educativas que *"combinando el trabajo con el estudio contribuyan a valorizar este último y a destacar el carácter continuo que ha de tener el primero a través de toda la vida, se hace necesaria y conveniente"*.

10) El *currículo* deberá estar dirigido a permitir a los alumnos *"una visión integral del hombre en sus niveles biológicos, psicológicos y social y tal percepción deberá estar presente y ser favorecida a lo largo de todo el proceso y no ser únicamente el objeto de estudio de una disciplina o un conjunto de disciplinas más o menos aisladas del contexto general del proceso de formación"*.

11) Debe haber en las facultades y escuelas programas que familiaricen al profesorado de los aspectos fundamentales de las teorías del conocimiento y del aprendizaje así como la factibilidad de su aplicación dentro de un proceso de autocrítica continuo y permanente.

12) Las escuelas y facultades de medicina deben realizar en forma racional la moderna tecnología educativa para lo cual se deben diseñar objetivos y organizar recursos.

13) Las revisiones constantes del papel del profesor y del alumno dentro del proceso curricular deben ser objeto de permanente análisis que conduzcan a modificaciones básicas.

14) Deben fomentarse los programas interdisciplinarios que realmente orienten a la integración del equipo de salud.

15) Las nuevas escuelas deben crearse a la luz de corrientes innovadoras.

16) En las facultades tradicionales con una elevada demanda estudiantil se deben introducir unidades de tipo experimental e innovador.

17) Los cambios que se introduzcan en los currículos deben conformar una integración con la comunidad y no abstracciones de la misma.

18) Los países de América Latina deben analizar las experiencias de otros de la propia región que hayan realizado planes como los que hemos señalado, entre ellos los currículos integrados, por su importancia y trascendencia latinoamericana.

\*Ponencia Oficial del Tema II, con el mismo nombre, en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, a celebrarse los días 30 de septiembre al 5 de octubre de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

\*Profesor Asociado de la Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Ex-decano de dicha Facultad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Caldera, R.: *Reflexiones de la Rábida*, Editorial Seix Barral, S.A., Barcelona-Caracas, 1976, p. 16.
2. *Ibidem*, p. 21.
3. Fassler, C.: *Transformación Social y Planificación de Salud en América Latina*, México, D.F., enero 1979, p. 1. (Mimeógrafo -Centro Venezolano de Estudios Social "Jorge Andrade". CEVES).
4. González, P.A.; Barrera, P.D.L.; Guzmán, R.J.: *La Situación de Salud y la enseñanza de la Medicina en América Latina*, México, 1979, p. 3. (Trabajo enviado a la Secretaría de la UDUAL sobre el Tema II de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales IZTACALA-UNAM México).
5. Morales, J.: "*Aspectos de la población de la América Latina a fines de la década de 1960 y perspectivas de crecimiento a mediano y largo plazo*". Organización Panamericana de la Salud - *Publicación Científica No. 232*, 1971, p. 42.
6. "*Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976*". Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica No. 364*, 1978, p. 2.
7. *Ibidem*, p. 8.
8. Miró, C.A.; Johm, H.: "*Interrelaciones entre Salud y Población*". Organización Panamericana de la Salud. *Publicación Científica No. 232*, 1971, p. 19.
9. *Memorias V Congreso Venezolano de Salud Pública*. Ponencia: Política de Salud - Segunda Parte, 1976.
10. "*Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de la Salud de las Américas". Organización Panamericana de la Salud. *Documento Oficial No. 118*, 1973, p. 112.
11. "*Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976*". *Op. cit.*, p. 26.
12. Miró, C.A., Bahm, H.: *Interrelaciones entre Salud y Población*. *Op. cit.*, p. 23.
13. Rojas, R.A.: *Epidemiología*. Vol. 1.: *Epidemiología Básica*. Editorial Inter-Médica - Buenos Aires, Argentina, 1974, p. 31.
14. "*Plan Decenal de Salud para las Américas*". *Op. cit.*, p. 9.
15. "*Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976*". *Op. cit.*, p. 21.
16. *Ibidem*, p. 28.
17. *Ibidem*, p. 46.

18. "Plan Decenal de Salud para las Américas". Op. cit., 1.08.
19. "Informe Cuadrienal del Director 1974-1977. Anual 1977". Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial No. 158. 1978, p. XI.
20. *Ibidem*, p. 2.
21. *Ibidem*, p. 16.
22. "Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976". Op. cit., p. 56.
23. *Ibidem*, p. 64.
24. *Ibidem*, p. 67.
25. "Informe Cuadrienal del Director 1974-1977". Op. cit., p. 26.
26. "Informe Anual del Director 1976". Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial No. 150 - 1976, p. IX.
27. *Ibidem*, p. 26.
28. *Ibidem*, p. 35.
29. "Plan Decenal de Salud para las Américas". Op. cit., p. 43.
30. "Informe Cuadrienal del Director 1974-1977". Op. cit., p. 88.
31. Miró, C.A.; Behm, H.: *Interrelaciones entre Salud y Población*, Op. cit., p. 28.
32. Caldera, R.: *Reflexiones de la Rábida*, Op. cit., p. 84.
33. González, P.A.; Barrera, P.D.L.; Guzmán, R.J.: *La situación de Salud y la Enseñanza de la Medicina en América Latina*, Op. cit., p. 4.
34. "Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976". Op. cit., p. 38.
35. "Plan Decenal de Salud para las Américas", Op. cit., p. 37.
36. *Ibidem*, p. 47.
37. Rojas, R.A.: *Epidemiología*, Op. cit., p. 55.
38. "Informe Cuadrienal del Director 1974-1977", Op. cit., p. 96.
39. *Ibidem*, p. 98.
40. *Informe Cuadrienal del Director 1974-1977*, Op. cit., p. 65.
41. *Ibidem*, p. 67.
42. "Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976", Op. cit., p. 102.
43. *Ibidem*, p. 107.
44. "Plan Decenal de Salud para las Américas", Op. cit., p. 87.
45. *Ibidem*, p. 90.
46. "Las Condiciones de Salud en las Américas 1973-1976", Op. cit., p. 108.
47. Valladares, R.: *Estado actual de la atención para la salud*. Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Med. Pub. 6-1975, p. 71.
48. González, P.A.; Barrera, P.D.L.; Guzmán, R.J.: *La Situación de Salud y la Enseñanza de la Medicina en América Latina*, op. cit., p. 5.
49. Valladares, R.: *Estado actual de la atención para la salud*, Op. cit., p. 75.

50. González, P.A.; Barrera, P.D.L.; Guzmán, R.J.: *La Situación de Salud y la Enseñanza de la Medicina*, Op. cit., p. 5.
51. Chossudovsky, M.: *La Miseria en Venezuela*, Vadell Hermanos Editores-Valencia, 1977, p. 115.
52. "Plan Decenal de Salud para las Américas", Op. cit., p. 77.
53. Valladares, R.: *Estado actual de la atención para la salud*, Op. cit., p. 79.
54. *Memorias V Congreso Venezolano de Salud Pública*, Op. cit.
55. Bello, F.: "Utilización del Médico General en los Servicios de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social". Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina. Seminario sobre: Utilización y Formación del Médico General, Caracas-Venezuela, 1978, p. 8.
56. "Plan Decenal de Salud para las Américas", Op. cit., p. 17.
57. Valladares, R.: *Estado actual de la atención para la salud*, Op. cit., p. 72.
58. "IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas", Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial No. 115, 1978, p. 5.
59. García, J.C.: "La Educación Médica en la América Latina", Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 255, 1972, p. 3.
60. Andrade, J.: "Marco conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Segunda Parte". *Educ. Med. Salud* 12: 149, 1978.
61. Ceitlin, J.: "Estado actual de la Educación Médica". *Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Med. Pub.* 6, 1975, p. 83.
62. "Primera Reunión sobre: Principios básicos para el desarrollo de la educación en la América Latina y el Caribe. Informe Final". Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 341, 1977, p. 2.
63. "Enseñanza de la Patología en las Escuelas de Medicina de la América Latina". Organización Panamericana de la Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica, 1969, p. 2.
64. Ferreira, J.R.: "El Médico General: Una respuesta al futuro. Visión general de la problemática Latinoamericana en la formación de utilización de los recursos humanos en salud". Trabajo presentado al Seminario sobre el mismo tema en Bogotá, Colombia, julio 1978, p.2.
65. García, J.C.: "La Educación Médica en la América Latina". Op. cit., p. 396.
66. *Primer Seminario Nacional de Educación Médica*. Publicación de la Asociación Venezolana de Facultades (Esc.) de Medicina, 1960.

67. *IV Seminario Nacional de Educación Médica y II Conferencia de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina*. *Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Med. Pub.* 4, 1969, p. 109.
68. *VI Seminario Nacional de Educación Médica*. Barquisimeto, Venezuela, 1977. Relato Final (Mimeógrafo).
69. *Segundo Seminario Nacional de Educación Médica*, Universidad de Los Andes, Ediciones del Rectorado, 1969.
70. *Tercer Seminario Nacional de Educación Médica*, Publicación de la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina, Maracaibo, enero, 1967.
71. *V Seminario Nacional de Educación Médica y III Conferencia de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina*. Publicación de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, Valencia, enero, 1971.
72. "General Practice Editorial", *Lancet* 2: 1161, 1964.
73. Discombe, G.: "The organization of the National Health Service. Progress and Problems". *Lancet* 2: 1007, 1965.
74. Vuletic, A.: "Especialización de Postgrado en Medicina General". *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela*, No. 1, 1965.
75. Sucre, M.L.: *Atenciones Ambulatoria y Hospitalaria y Medicina General*. *Mimeo-VI Jornadas de Hospitales*, Puerto La Cruz, Venezuela, 1977, p. 13.
76. Ragbeer, M.M.S.: *Tendencias mundiales en la utilización y entrenamiento de Médicos Familiares*, Editado en Español por el Dr. Julio Ceitlin, Director de Programas FEPAFEM, Caracas, 1977.
77. Levenstein, J.H.: "The bases of General practice. Its content in Relation to training". *South Afr. Med. J.* 52: 309, 1977.
78. Diaz, G.J.: "Utilización del Médico General. Aspectos Gremiales". Seminario sobre utilización y formación del Médico General, Tema I. (Multígrafo). *Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Medicina*, Caracas, 1978.
79. "The Debate on Primary-Care Manpower Editorial". *New Engl. J. Med.* 299: 1305, 1978.
80. Petersdorf, R.G.: "The Doctor's dilemma". *N. Engl. J. Med.* 299: 654, 1978.
81. Sekler, E. de, Sucre, M.L.; López, zj.E.; López, P.A.: "Medicina Interna y Medicina General". Ponencia Presentada en el Primer Congreso Venezolano de Medicina Interna. *Memorias del Congreso*, Caracas, Publicación 3, 1977, p. 23.
82. Scott, R.: "Las Funciones del Médico en la colectividad". Organización Mundial de la Salud. *Cuadernos de Salud Pública*, 1964, p. 9.
83. "The Future General Practitioner". *The Royal College of General Practitioners By The British Medical Journal*, London Second Impression. 1973, p. 1.

84. Federación Médica Venezolana. *Conclusiones XVIII Asamblea Ordinaria 1963*.
85. *IV Seminario Nacional de Educación Médica y II Conferencia de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina*, *Op. cit.*, 113.
86. Laguna, G.J.; Alvarez, M.J.M.; Barrios de la Rosa, A.; Bedolla, M. et. al: "*Plan de Estudios Experimental de Medicina General (Plan A-36)*". *Educ. Med. Salud* 8: 205, 1974.
87. Ferreira, J.R.: "*El Médico General: Una respuesta al futuro*", *Op. cit.*, p. 12.
88. Orellana, D.: "*Perspectivas y Futuro del Médico General. Seminarios sobre Utilización y Formación del Médico General*". *Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Med.* Folleto mimeografiado, 1978, p. 5.
89. Ferreira, J.R.: "*El Médico General: Una respuesta al futuro*". *Op. cit.*, p. 2.
90. Orellana, D.: "*Perspectivas y futuro del Médico General*". *Op. cit.*, p. 3.
91. Bello, F.: "*Utilización del Médico General en los Servicios de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*". *Op. cit.*, p. 10.
92. Castillo, F.E.: *Formación del Médico General a nivel de Postgrado. Seminario sobre Utilización y Formación del Médico General*. Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina, 1978, p. 3.
93. Ferreira, J.R.: "*El Médico General: Una respuesta al futuro*". *Op. cit.*, p. 2.
94. Plan Decenal de Salud para las Américas, *Op. cit.*, p. 13.
95. Bello, F.: "*Utilización del Médico General en los Servicios de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*", *Op. cit.*, p. 9.
96. Bello, F.: "*Utilización del Médico General en los Servicios de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*", *Op. cit.*, p. 12.
97. Salazar, M.F.: *Utilización del Médico General a nivel del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales*. Seminario sobre Utilización y Formación del Médico General 1979, p. 3, Caracas, Venezuela.
98. Sucre, M.L.: "*Relaciones entre las Especialidades, incluyendo la Medicina Interna y la Medicina General en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales*". Mimeógrafo, trabajo leído en el Seminario "*El Médico Familiar*". XXX Aniversario del Instituto Mexicano de los Seguros Sociales, 1974, p. 1.
99. "*General Practice Evolution Editorial*". *Brit. Med. J.* 1: 509, 1979.

100. "Informe Comité de OPS sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social", *Educ. Med. Salud* 9: 213, 1973.
101. "Primera Reunión sobre: Principios básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe", *Op. cit.*, p. 5.
102. García, J.C.: "La Educación Médica en la América Latina", *Op. cit.*, p. 396.
103. Ferreira, J.R.: "El Médico General: una respuesta al futuro", *Op. cit.*, p. 3.
104. V Congreso Venezolano de Salud Pública, *Op. cit.*
105. Mahler, H.: "La Medicina y los Médicos del mañana". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, mayo, 1977, p. 379.
106. Andrade, J.: "Marco conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Primera parte". *Educ. Med. Salud* 12: 11, 1978.
107. "Primera Reunión sobre: Principios Básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe", *Op. cit.*, p. 19.
108. García, J.C.: "La Educación Médica en la América Latina", *Op. cit.*, p. 19.
109. Laguna et al: "Plan de Estudio Experimental de Medicina General (Plan A-36)". *Art. cit.*, p. 206.
110. VI Seminario Nacional de Educación Médica. *Relato Final, Op. cit.*
111. Puchi F., J.A.: *Contribución al Planeamiento del Currículo de la Escuela de Medicina*. Tesis Doctoral, Caracas, 1977, p. 239.
112. *Primera Reunión sobre: Principios Básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe, Op. cit.*, p. 9.
113. Puchi F., J.A.: *Contribución al Planeamiento del Currículo de la Escuela de Medicina, Op. cit.*, p. 240.
114. Santas, A.A.: "Educación Médica de hoy y necesidades futuras de la atención médica". *Publ. Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Med.* 1975, p. 129.
115. González, C.L.; Acosta, S.C.; Ortiz, R.D.: "Relaciones entre los Servicios de Medicina y las Instituciones de Educación para la Salud. *Publ. Asoc. Ven. Fac. (Esc.) Med.*, p. 241, 1975.
116. Laguna et al: "Plan de Estudio Experimental de Medicina General (A-36)", *Op. cit.* p. 207.
117. Vidal, C.: "Medicina Comunitaria, Nuevo Enfoque de la Medicina". *Educ. Med. Salud* 9: 11, 1975.
118. Soberón, G.; Laguna, J.: *Papel perspectivo de las Universidades en la formación de los recursos humanos para la salud*. Tema I-IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. UDUAL-Secretaría General, p. 73, 1977.

119. Ceitlin, J.: "Estado actual de la Educación Médica", *Op. cit.*, p. 93.
120. García, J.C.: "La Educación Médica en la América Latina", *Op. cit.*, p. 24.
121. Laguna et al.: "Plan de Estudio Experimental de Medicina General". *Op. cit.*, p. 209.
122. Villarreal, R.: "Función de la Universidad en el cambio social. Universidad y cambio social en América Latina. Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. Sección de Publicaciones, México, 1976, p. 7.
123. *Primera Reunión sobre Principios Básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina*, *Op. cit.*, p. 10.
124. Piaget, J.: *Biología y conocimiento*. Siglo XXI de España Editores, S.A., Tercera Edición en español, 1975, p. 7.
125. Documento Xochimilco. "Anteproyecto para establecer la Universidad Universitaria del Sur de la Universidad Autónoma Metropolitana", México, 1973, p. 23.
126. *Primera Reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en América Latina*, *Op. cit.*, p. 10.
127. Andrade, J.: "Marco conceptual de la Educación Médica en la América Latina", *Art. cit.*, p. 150.
128. Rodríguez, G.E.: "Combinación del Estudio y el Trabajo en la formación de los Profesionales de la Salud". Unión de Universidades de América Latina. *Memorias IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, 22-26 febrero, 1976*, pp. 169-212, 1977.
129. Ordóñez, C.: "La Comunidad en la formación de los profesionales de la salud". Unión de Universidades de América Latina. *Memorias IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina UDUAL*, Secretaría General, 1977, p. 261.
130. Sobral, D.T.; Mejía, A.: La Escuela de Medicina de la Universidad de Brasilia (Brasil). Organización Mundial de la Salud. *Cuadernos de Salud Pública 1978*, p. 54.
131. Villagrán, M.F.; Aguilar, S.H.: "Masificación Estudiantil Universidad de San Carlos de Guatemala". Facultad de Ciencias Médicas. Trabajo presentado en el Panel sobre Masificación Estudiantil. *VI Conferencia de Facultades de Medicina*, Río de Janeiro, 1976.
132. Rondón, M.R.: "La Nueva Educación Médica". *Papeles Universitarios*, Caracas, noviembre-diciembre, 1977, p. 129.
133. "Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de las Ciencias Fisiológicas en las Escuelas de Medicina de la América Latina". *Educ. Med. Salud* 9: 90, 1975.

134. Ordóñez, C.C.: "Organización de la atención médica en la comunidad". *Rev. Cub. Adm. Salud* 2: 141, 1976.
135. Escalona, Mario: "Panel Informativo: La Medicina en la Comunidad-El Policlínico. Presente y Futuro. Medicina en la Comunidad. Serie Información de Ciencias Médicas No. 23, 1975, p. 23.
136. *Atención Médica Primaria en Cuba*. Centro de Información en Ciencias Médicas. Ministerio de Salud Pública, 1978.
137. *Cuba: La Salud en la Revolución*. Editorial Orbe, La Habana, 1975, p. 43.
138. Andrade, J.: "Marco conceptual de la Educación Médica en la América Latina. Segunda Parte". *Op. cit.*, p. 154.
139. *Loc. cit.*
140. "Plan Decenal de Salud para las Américas". *Op. cit.*, p. 86.
141. *Ibidem*, p. 91.
142. *Ibidem*, p. 87.
143. Duque, L.F.: *Relato Final. Conferencia Recursos Humanos y Salud*. Editorial Bedout, S.A. Medellín, Colombia, 1975, p. 155.
144. Allwood Paredes, J.: "Educación Tecnológica para la Salud Pública en Venezuela. Ministerio de Educación. Dirección General de Educación Superior, Caracas, 1976, p. 10.
145. *Ibidem*, p. 16.
146. *V Congreso Venezolano de Salud Pública, Op. cit.*
147. "Informe Cuadrienal del Director 1974-1977", *Op. cit.*, p. 133.
148. "Informe Anual del Director 1976". *Op. cit.*, p. 126.
149. Guédez, L., P.: "Proyecto para incrementar la formación de Personal Técnico de Enfermería". *Técnica Hospitalaria* 13: 15, 1976.
150. Vizcarrondo, J.R.: *Comunicación Personal*, 1979.
151. Hernández, E.R.; Márquez, M.: "Docencia Médica en Cuba". *Educ. Med. Salud* 10: 1-1976.
152. *Ibidem*, p. 7.
153. *Ibidem*, p. 19.
154. "Informe Cuadrienal del Director 1974-1977". *Op. cit.*, p. 139.
155. "Informe Anual del Director 1976". *Op. cit.*, p. 136.
156. Allwood Paredes, J.: *Tecnólogos de Salud en Venezuela*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección de Recursos Humanos, Caracas, 1975, p. 1.
157. *Convenio Hipólito Unanue. Relato Final. Segunda Reunión del Grupo de Estudios de Recursos Humanos a nivel Intermedio en Salud (Tecnólogos)*, Caracas, 1975.
158. Allwood Paredes, J.: *Educación Tecnológica para la Salud Pública en Venezuela, Op. cit.*, p. 12.

159. Andrade, J.: "*Cursos en Tecnología de la Salud*". Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Mimeó., 1973.
160. Andrade, A.: "*Algunas consideraciones generales sobre los Tecnólogos en Salud de Venezuela*". Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1976.
161. Moncada, L.E.; Andrade, A.: "*Recursos Humanos en Salud*". Folleto Ministerio de Sanidad y Asistencia Social 1975.
162. Caricote, E.; Homero Vivas et al: "*Informe de la Comisión Programadora del Instituto de Tecnología de la Salud*". Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Mimeó., 1973.
163. Alegría, C.: "*Informe de la Comisión de Carreras Cortas en el Área de la Salud*", Universidad Central de Venezuela, Mimeógrafo, 1974.
164. Guédez Lima, P.: "*Anteproyecto de un Centro de Desarrollo de Recursos Humanos en Tecnología de la Salud para los países del Área Andina*". Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Mimeó., 1974.
165. *II Congreso Venezolano de Salud Pública 1960. Revista Venezolana de Sanidad y Asistencia Social* (Suplemento) 26: 1, 1961.
166. *VIII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas*, Maracaibo, 1971.
167. *IV Seminario Nacional de Educación Médica. Op. cit.*, p. 114.
168. Carmel, F.; Guédez, L.; P. López, V.E.; Orellana, D.; Valladarez, R.: *Recursos Humanos para el Sector Salud. V Seminario Nacional de Educación Médica y III Conferencia de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina*, Valencia, Venezuela, 1971.
169. "*Informe que presenta el Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela al Decanato y Consejo de Facultad en relación con las Carreras Cortas*". Mimeógrafo, Caracas, 1976.
170. Allwood Paredes, J.: *Educación Tecnológica para la Salud Pública en Venezuela, Op. cit.*, p. 43.
171. Flahalut, D.: "*El Trabajo en Equipo*". *Salud Mundial*, abril 1977, p. 16.
172. *V Congreso Venezolano de Salud Pública. Ponencia Política en Salud. Segunda Parte, Op. cit.*
173. *Plan Decenal de Salud para las Américas, Op. cit.*, p. 16.
174. Harwitz, S.: "*Prólogo. Conferencia Internacional: El Ayudante de Medicina Personal de Asistencia Sanitaria de grado intermedio*". *Cuadernos de Salud Pública* No. 60. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975, p. 18.
175. "*Informe Cuadrienal del Director 1974-1977*". *Op. cit.*, p. 143.

176. Flahault, D.: "*Objetivos de la Conferencia. Conferencia Internacional: El Ayudante de Medicina, Personal y de Asistencia Sanitaria de grado intermedio*". Cuaderno de Salud Pública No. 60. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975, p. 23.
177. Fenderson, D.: "*Definición de los términos: Conferencia Internacional: El Ayudante de Medicina. Personal de Asistencia Sanitaria de grado intermedio*". Cuadernos de Salud Pública No. 60. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975, p. 42.
178. Acuña, H.: "*Intervención en Debate. Conferencia Internacional: El Ayudante de Medicina. Personal de Asistencia Sanitaria en grado intermedio*". Cuadernos de Salud Pública No. 60. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975, p. 47.
179. Fenderson, D.: "*Definición de los términos*", *Op. cit.*, p. 44.
180. "*Informe Cuadrienal del Director 1974-1977*", *Op. cit.*, p. 134.
181. Espinoza, M.D.: "*Situación de Salud y Enseñanza de la Medicina en América Latina*". (Trabajo enviado a la Secretaría de UDUAL sobre el Tema II de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina por el Dr. Dagoberto Espinoza M., Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras), 1979, p. 3.
182. Flahault, D.: "*Objetivos de la Conferencia*", *Op. Cit.*, p. 26.

**TERCERA SESION PLENARIA**

**Martes 2 de octubre, 1979**

**9.00 hs.**



UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

TEMA II

LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA  
MEDICINA EN AMERICA LATINA

Por Jorge Campos Rey de Castro (Perú)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL,  
México, 1979



# LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA'

Por Jorge Campos Rey de Castro''

## 1. *La situación de salud en América Latina*

La situación de salud colectiva depende en gran medida del grado de desarrollo de los grupos humanos que constituyen la nación o que integran una región y, a su vez, ella influye directamente en su desarrollo socio-económico. La interdependencia de la salud con la productividad en el proceso de desarrollo ha sido ampliamente reconocida; no es concebible un país atrasado social y económicamente y que tenga un estado de salud óptimo, como tampoco es concebible la situación inversa, es decir elevado desarrollo social y económico coexistiendo con deficiente situación de salud. (1, 2, 3, 4, 5) "*En consecuencia, los planes de atención a la salud deben ser parte integrante de los planes de desarrollo socioeconómico de los países*". (6)

Para establecer conclusiones sobre la situación de salud de un país o de una región es necesario considerar sus dos componentes de primer orden: el estado de salud y el sistema de servicios de salud. (7)

### 1.1. *El estado de salud en América Latina*

Es evidente que todos los países latinoamericanos, en diferente medida, han logrado importantes avances en el conocimiento y práctica médica, pero estos avances no han determinado una mejora paralela en el nivel de salud de la población en su conjunto debido a que su estructura social ocasiona una desigual distribución de la riqueza. El atraso de algunos grupos sociales; el analfabetismo que es especialmente elevado en el área rural y en la población en situación intercultural; la insalubridad del ambiente; la falta de recursos como consecuencia de una inadecuada priorización del gasto público; la falta de planes integrales y de un organismo único que centralice la planificación e imparta las normas para las acciones de salud en cada país constituyen factores poderosos que explican por qué, en conjunto, la situación de salud de América Latina es deficiente. (5, 6, 8)

En efecto, hay indicadores negativos que sustentan plenamente esa afirmación como, son: las cifras altas de mortalidad general; la expectativa de vida inferior a la de los países desarrollados; la natalidad elevada; la ingesta calórica y protéica deficitarias que compromete el crecimiento y desarrollo de los niños lactantes y pre-escolares; las altas tasas de mortalidad infantil; el saneamiento ambiental; las enfermedades transmi-

bles predominan en el panorama epidemiológico; la insuficiente disponibilidad de agua potable y la canalización insatisfactoria de excretas, no sólo en el medio rural sino aún en las zonas urbanas, particularmente en sus barrios marginales, explica que haya una elevada incidencia de enfermedades gastro-intestinales. (5, 8)

### *1.2. El sistema de servicios de salud en América Latina*

Los servicios de salud en la mayoría de los países de América Latina dependen administrativamente, en cada uno de ellos, de diferentes sectores y no están ligados entre sí por una política nacional de salud por lo que las acciones de salud no se planifican integralmente, son incoherentes y descoordinadas situación que afecta negativamente la formación de personal y la racional creación y utilización de la infraestructura; el número de camas de hospital y el número de policlínicos es insuficiente en número y están inadecuadamente distribuidos por lo que la cobertura de la población es sólo parcial y en grado diferente según el nivel social y económico de los grupos humanos.

En lo que se refiere al personal de salud, si bien la tasa de médicos por 10 000 habitantes se ha incrementado aún sigue siendo insuficiente, con marcada concentración urbana en los grandes hospitales en detrimento de las áreas rurales, en casi todos los países latinoamericanos. (3, 5) El personal paramédico, que cuantitativamente debería superar al personal médico, muestra por lo contrario tasas inferiores, tanto a nivel de enfermeras como auxiliares de enfermería y sanitarios. (2, 9)

### *2. La medicina general como práctica fundamental en la atención de salud*

En la década de los años 60, bajo la inspiración de los acuerdos tomados en los seminarios celebrados en Viña del Mar (Chile) en 1955 y Tehuacán (México) en 1956, surgió considerable interés en la mayoría de los países latinoamericanos por definir el tipo de médico a formar en sus escuelas o facultades de medicina. Estos países establecieron en forma unánime, que es el médico general el tipo de profesional que se requiere, enfatizando que éste debe tener una formación humanista e integral, con capacidad para dirigir el equipo de salud y constituirse en un dirigente (líder) para el desarrollo de la comunidad, estar dispuesto a trabajar en centros de menor desarrollo urbano para ampliar la cobertura de atención médica, en ese entonces, como ahora, centralizada fundamentalmente en los grandes centros urbanos.

### 2.1. *La meta no alcanzada*

No obstante la unanimidad de criterio y el declarado propósito común, muy pocos países pueden ufanarse, tres lustros después, de haber alcanzado esa meta. (6, 10) Por lo contrario, predomina la tendencia a la especialización; los médicos continúan concentrados en las principales ciudades; el trabajo del médico mantiene una orientación eminentemente curativa con muy poco énfasis en los aspectos preventivos; el estudio de los "*casos raros*" sigue siendo el tema central del interés de los médicos y constituye un medio eficaz para su promoción científica. El médico continúa trabajando como un artesano solitario o asociado con otros médicos especialistas, situación que es muy diferente a integrar y dirigir un equipo multidisciplinario de trabajadores en el campo de la salud.

Es entonces necesario analizar cuáles son las razones por las que no se ha podido alcanzar la meta tan nítidamente trazada hace dos o tres lustros.

Hay varios factores que a nuestro juicio explican este fracaso, unos son consecuencia y dependen de la estructura del país en general y de la organización de las instituciones encargadas de otorgar prestaciones de salud; otros dependen de las propias universidades. (11) En conjunto estos factores han jugado un papel negativo y constituyen una barrera que las universidades por sí mismas no han podido superar.

### 2.2. *La estructura de la sociedad, factor negativo fundamental*

El factor extrauniversitario más importante es la estructura socioeconómica que tienen la mayoría de países latinoamericanos; esta estructura determina la existencia de grupos sociales dominantes que gozan de privilegios económicos y cuyos patrones culturales se identifican con los de los países de elevado desarrollo; estos grupos constituyen o están conectados con la cúpula gobernante, lo que les da el poder necesario para mantener su situación de privilegio, situación que contrasta con la de las masas campesinas y la de los pobladores de pequeñas ciudades o de las cada vez más grandes zonas marginales de las grandes urbes latinoamericanas; los primeros disponen de una sofisticada infraestructura de servicios de salud, que generalmente es copia o está inspirada en la de los países desarrollados; en ella los médicos especialistas ejercen sus funciones a un elevado costo. (5, 6, 8) La población marginal no tiene acceso a esos servicios, es atendida en proporción significativa por curanderos, brujos y comadronas empíricas y utiliza los recursos terapéuticos de la medicina folklórica.

El centralismo urbano, y preferentemente en la capital, concentra en estas ciudades los grandes hospitales, centros de investigación, bibliotecas, etc., con abandono del medio rural y de las pequeñas ciudades donde el profesional no recibe ningún apoyo ni incentivo para actualizar sus conocimientos. El profesional que se radica en provincias no tiene posibilidades de competir en el futuro con sus colegas de las grandes urbes para escalar posiciones elevadas.

El médico como miembro de la sociedad, aspira a su ascenso social, económico y político y para lograrlo procura vincularse e integrarse con el grupo social dominante. El médico general tiene menores posibilidades de ascenso social, en comparación con el especialista, porque el modelo cultural del grupo social dominante determina que sea estimado en menor grado y que sus servicios por lo general no sean solicitados por ese grupo social.

### *2.3. La estructura de los organismos de salud*

La estructura de los organismos de salud conceden mayor jerarquía y mejores retribuciones económicas a los especialistas, en comparación con los médicos generales. Ellos gozan de bonificaciones, de mayores oportunidades para obtener becas de perfeccionamiento, viajes, asistir a congresos internacionales y se benefician de la actitud complaciente de las autoridades administrativas para equipar cada vez mejor sus servicios, aún a costos elevados, ventajas que no gozan los médicos generales. Parecería que hay consenso en admitir que el médico general no tiene las mismas necesidades de perfeccionarse y de contar con facilidades instrumentales para desempeñar sus funciones que las que tiene el médico especialista.

### *2.4. Los hospitales especializados, centros inconvenientes para la enseñanza clínica del pregrado*

Las escuelas o facultades de medicina, de su parte, han contribuido, sin proponérselo, a evitar el cambio al utilizar predominantemente como centros de enseñanza clínica a los hospitales de gran tamaño, con servicios muy especializados y un cuerpo médico integrado fundamentalmente por especialistas que se convierten en la "imagen" o "modelo" que los estudiantes terminan por imitar. (5)

White (12) ha demostrado que la población de pacientes que se hospitaliza en ese tipo de nosocomios no es representativa de la patología que afecta a la población general, que es la que el médico general tiene precisamente que atender. En efecto, este autor demostró que en una pequeña población de un millar de habitantes, en el curso de un año, 720 de ellos

necesitaron efectuar una consulta, por una razón u otra, en el servicio ambulatorio del hospital de la zona y que 100 de ellos necesitaron hospitalizarse, habiendo requerido sólo 10 ser transferidos a un hospital especializado.

Es evidente pues que los pacientes que se internan en los grandes centros hospitalarios constituyen casos seleccionados y no representan el común de los pacientes de la colectividad. Los estudiantes que se adiestran en estos hospitales no tienen oportunidad de familiarizarse con los casos comunes y frecuentes sino que se adiestran para atender los casos complicados y raros y apelando al uso de equipos e instrumental altamente sofisticados.

### 2.5 *¿Los médicos especialistas pueden formar médicos generales?*

La composición del plantel de profesores, en su mayoría integrado por especialistas, influyen en el mismo sentido negativo y tiene como consecuencia que la "*medicina general*" que se desea enseñar está a cargo de médicos que imparten enseñanza desde su propio ángulo de especialistas. (11) El resultado es que el curriculum de estudios es prolongado y deviene de un compendio de múltiples especialidades, camino que difícilmente puede conducir a la formación de un médico general.

### 2.6. *La enseñanza de la medicina está estrechamente vinculada a la manera como se ejerce la medicina*

La reforma de la enseñanza de la medicina no puede desligarse de la reforma del ejercicio práctico de la medicina y este ejercicio está íntimamente vinculado a la estructura hospitalaria y a los patrones culturales de los grupos sociales dominantes. (2)

De lo expuesto hasta aquí se desprende que si bien las escuelas o facultades de medicina pueden corregir sus propios defectos, en el sentido de utilizar de preferencia para la enseñanza clínica las instalaciones de las unidades periféricas de salud -postas médicas, policlínicos y hospitales **no especializados**- reservando para la actividad de post-gradó los hospitales con servicios especializados; podrán también modificar la composición del profesorado a nivel del pre-gradó dando menor participación a los especialistas, especialmente los de campos muy restringidos y altamente sofisticados; pero, sin embargo, está fuera de su alcance corregir los factores estructurales de la sociedad y del sistema de salud de su propio país.

La universidad evidentemente no **está** en condiciones por sí misma de

cambiar la política de salud de los países, de modificar la estructura del sistema hospitalario ni de dar prioridad presupuestal al sector salud. No es suficiente pues que las Facultades de Medicina declaren que el médico que el país necesita es el médico general con las características ya mencionadas, cuando la estructura social del país otorga la máxima preferencia al especialista y relega al médico general a un modesto segundo plano, generalmente en la periferia; cuando la estructura hospitalaria otorga mayores beneficios económicos y científicos a los especialistas; cuando el propio cuadro de profesores está constituido fundamentalmente por especialistas. Tan profundas discrepancias entre el "modelo" propuesto y la realidad vigente necesariamente convierte a aquel en una utopía, a menos que un profundo cambio social y político cambie la estructura radicalmente y torne la utopía en realidad.

Realizar tales cambios es potestad sólo del grupo social dominante que ostenta el poder político y la magnitud y trascendencia de estos cambios evidentemente significan cambiar la estructura social y económica del propio país. Esta es la razón por la que los avances más significativos se han logrado en el campo de la salud en los países en los que previamente hubo profundos cambios estructurales. (13)

### 3. *La formación de técnicos para la salud*

La deficiente situación de salud de los países de América Latina, como ha sido analizada en el capítulo anterior, justifica la demanda de la población por mejorar su estado de salud. Enfrentadas las cúpulas dirigentes a esta demanda a menudo han postulado que la solución radica en aumentar el número de médicos y allí se originan las presiones por crear más escuelas de medicina o aumentar el cupo de las existentes.

Sin embargo, pocos ponen énfasis en aumentar la productividad de los profesionales médicos existentes como una alternativa racional de solución. El estudio realizado por Hall (1, 9) en el Perú, hace una década, demostró que el bajo rendimiento de los servicios hospitalarios en gran parte era debido a la escasez de personal paramédico adiestrado y que se podía duplicar el número de consultas a pacientes ambulatorios, sin elevar el número de médicos, con sólo aumentar el personal paramédico. Igualmente, este autor demostró que la productividad de la cama hospitalaria podría elevarse mejorando la distribución del personal del hospital.

Bajo la influencia de estas condiciones en varios países de Latinoamérica se han implementado programas educativos para formar personal paramédico, de diferentes niveles (enfermeras, auxiliares, técnicos, sanitarios); en estos programas generalmente no han participado las universidades ni se ha coordinado en ellas la política general de formación y ca-

pacitación del personal para la salud, en su conjunto, por lo que no es de extrañar que hayan surgido conflictos entre los organismos sindicales médicos y los entes gubernamentales por lo que los primeros califican de "*intrusismo*" y consideran que constituyen una amenaza económica a sus intereses. (61, 4)

### 3.1. *La atención médica por niveles*

Recientemente se ha desarrollado el concepto de la atención a los problemas de salud por niveles, según su grado de complejidad; dentro de este esquema el nivel más simple lo constituye la llamada "*atención primaria de la salud*" que está a cargo de personal no profesional, de la propia comunidad, a quien se lo ha instituido para realizar por sí mismo labores sanitarias y educativas, vacunación y primeros auxilios. El segundo nivel de atención se imparte en policlínicos y postas médicas; está a cargo de personal paramédico calificado bajo la guía directa o supervisión a distancia de un médico general. Los hospitales rurales representan el más alto escalón del segundo nivel de atención. Finalmente, el tercer nivel está a cargo de los grandes hospitales y de los institutos especializados en los que los médicos especialistas tienen cabida preferente. (15, 16)

### 3.2. *La atención primaria de la salud*

En septiembre de 1978, bajo el auspicio de la O.M.S. se reunió en Alma Ata, URSS, la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. En el documento final (16) se la define como "*la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticas, apropiadas desde el punto de vista científico y aceptables socialmente, puesta al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades con su plena participación*" a cuyo mantenimiento contribuyen por autodeterminación y autorresponsabilidad. Abarca, por lo menos, las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes; promoción de nutrición apropiada; saneamiento básico y abastecimiento de agua potable; asistencia materno infantil y planificación de la familia; campaña de inmunizaciones; primeros auxilios y administración de medicamentos esenciales.

La "*atención primaria de la salud*" entraña no sólo la participación del sector salud, sino que todos los sectores conexos con el desarrollo comunitario y nacional, en particular la agricultura, la zootecnia, la educación, la vivienda, las comunicaciones, la alimentación y la industria. (16)

El sistema de "*atención primaria de la salud*" se inspira y amplía en cierto modo en el de los antiguos *feldshere* de la Unión Soviética y de los llamados "*médicos descalzos*" de China. Con excepción de Cuba (1) en ningún otro país está funcionando con una cobertura total de la población. Constituye una respuesta frente a la imposibilidad de dar cobertura con profesionales médicos a la población rural dispersa y requiere para tener éxito disponer de una organización central; efectuar una adecuada planificación; imbuir a todo el personal de salud, incluso a los profesionales, el sentido de trabajo colectivo integrando un equipo multidisciplinario; requiere también la comprensión de la comunidad cuya participación es esencial y una reorientación en la política de construcción y equipamiento de la infraestructura asistencial.

Pero la "*atención primaria de la salud*" no es suficiente ni basta por sí sola; (2) ha de formar parte de un sistema nacional de salud cuyos otros escalones deben estar organizados de tal manera que permitan apoyarse mutuamente. Es decir, se requiere que haya una mutua comprensión entre quienes integran los diferentes niveles y que cada uno sea consciente de sus propias limitaciones y de sus atribuciones dentro del sistema".

### 3.3 Enseñar a cambiar de hábitos para encajar en el nuevo sistema

Somos escépticos del éxito de este "*sistema*" en tanto no se modifique profundamente la enseñanza médica para habituar a los médicos a un trabajo coordinado con personas que no tienen el mismo nivel profesional ni cultural. Si no es así, ¿cómo hacer entender a un distinguido especialista, formado dentro de los más elaborados sistemas científicos propios de su campo y que ha sido educado de acuerdo a la doctrina impresa en libros publicados por autores de universidades extranjeras, que él constituye sólo un nivel o un polo dentro de un amplio espectro de personal cuyo otro polo, el que cubre la "*atención primaria de la salud*", es ejercido por personas que pueden no tener ni siquiera educación primaria y que muy bien podrían ser el curandero del pueblo o una comadrona empírica pero que sin embargo desempeñan funciones tan importantes como las de él mismo? Desde el punto de vista social y siempre dentro del esquema de atención de salud de manera integrada y por niveles coordinados, tan importante y esencial es el curandero, el médico general y el ultraespecializado, que no se oponen sino que se complementan entre sí, siempre que sean conscientes del papel que cada uno debe jugar.

### 4. Alternativas

El principio de la autonomía universitaria que tan celosamente ha sido defendido por maestros y alumnos en América Latina ha sufrido una de-

formación que progresivamente ha llevado a las instituciones universitarias a distanciarse y aislarse de los niveles de administración política. Esta situación ha producido un divorcio entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud y las que administran la infraestructura de salud, lo que ha impedido diseñar coordinadamente una política de salud.

#### 4.1. *Las escuelas o facultades de medicina y el sector salud*

Las facultades o escuelas de medicina al depender jerárquicamente de la autoridad universitaria superior, la cual generalmente tiene cierto grado de coordinación o dependencia con la autoridad política del Sector Educación, no disponen de una vía regular para establecer un contacto operativo directo con el Sector Salud. Resultaría más lógico y eficaz que las escuelas o facultades de medicina dependieran o establecieran una vinculación directa con los niveles de decisión del Sector Salud a fin de diseñar conjuntamente una política racional de formación no sólo de los profesionales sino también del personal paramédico y auxiliar de manera que el equipo de salud puede ser formado de acuerdo a una planificación coherente. (1, 6)

Así como no es posible desligar la enseñanza teórica de la medicina de la práctica médica, es también evidente que se debe vincular los organismos que forman y capacitan al personal de salud con los que emplean y dirigen a este personal. Las facultades de medicina y odontología, las escuelas de enfermería, obstetricia, tecnología médica y de auxiliares tienen su ubicación natural en el Sector Salud y no en el Sector Educación.

Es evidente que la reubicación de estas instituciones académicas no debe significar que caigan en la burocratización administrativa ni provocar la pérdida de su autonomía universitaria, en el buen sentido del término, es decir la autonomía científica y la libertad de pensamiento y expresión.

#### 5. *Comentario final*

La situación de salud en América Latina es deficiente y la enseñanza de medicina que se imparte en esta área, no contribuye eficazmente a corregir esa situación. La meta trazada para formar "**el médico que el país necesita**", no ha sido alcanzada debido a la organización, orientación y composición de las propias escuelas o facultades de medicina y por la estructura, orientación y dispersión de los organismos dispensadores de salud de cada país. La falta de vinculación efectiva entre ambos tipos de instituciones ha provocado el aislamiento de las escuelas o facultades de medicina e impide planificar en su conjunto, la formación de personal,

la enseñanza de la medicina y ejercicio de la medicina, en función del país en su conjunto y no sólo en favor de los grupos dominantes.

Es evidente que si no hay un cambio profundo en la estructura social, económica y política de América Latina, toda reforma curricular e institucional que se lleve a cabo en la enseñanza médica y en el campo de la salud no logrará modificar las causas profundas que en esencia explican el atraso social y la injusta distribución de la riqueza, factores fundamentales de la deficiente situación de salud de nuestros pueblos.

"Ponencia Oficial del Tema II, con el mismo nombre en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, a celebrarse los días del 26 al 31 de agosto de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

"Profesor del Programa Académico de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú.

(1) Hall, Thomas L. *Recursos humanos de salud*. Perú, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1967.

(2) Arbona, Guillermo. "Evolución, tendencias y expectativas del sector salud dentro del desarrollo". *Educ. Med. Salud* 4: 71-84, 1970.

(3) Mahler, Halfdan. *Discurso pronunciado en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas* O.M.S. Washington, D.C., septiembre, 1977.

(4) Quiros Salinas, Carlos. "Enseñanza de los aspectos integrales de la salud o aspectos médico-sociales; historia y situación actual". *Educ. Med. Salud* 12: 36-46, 1978.

(5) González Pacheco, A., Barrera Pérez, D. y Rivas Guzmán, J. (México). Ponencia al Tema II "La situación de salud y la enseñanza de la medicina en América Latina", de la XI Conferencia de Escuelas y Facultades de Medicina de América Latina. Puebla, México, 1979.

(6) Espinoza Murra, D. (Honduras). Ponencia al Tema II "La situación de salud y la enseñanza de la medicina en América Latina", de la XI Conferencia de Escuelas y Facultades de Medicina de América Latina. Puebla, México, 1979.

(7) "Informe Final. IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, O.M.S.", Washington, D.C., septiembre 1977.

(8) Castelló, Jorge e Iparraguirre, Angélica. "La realidad nacional de salud". *Trabajos Científicos* No. 15, de la Escuela de Salud Pública del Perú, 1978.

(9) Hall, Thomas L. "La formación y la utilización del personal paramédico". *Educ. Med. Salud* 1: 282-298, 1967.

(10) Andrade, Jorge. "La estrategia educacional en el plan de estudios". *Educ. Med. Salud* 5: 151-164, 1971.

(11) "First Meeting on Basic Principles for the Development of Medical Education in Latin America and the Caribbean Area. Final Report". Scientific Publ. No. 341, Pan American Health Organization, 1977.

(12) Whits, Kerr L. "Life and death and medicine". *Scientific American* 229: 23-33, 1973.

(13) *Informe Anual 1976*. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.

(14) "I Congreso Latinoamericano de Colegios Médicos. Declaración de Paracas". Diciembre, 1977. *Boletín Informativo*, Col. Méd. del Perú, año 7, no. 18, 1978.

- (15) "Informe sobre Atención Primaria de la Salud, presentado por el Ministerio de Salud del Perú a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud", Alma Ata, URSS, septiembre, 1978.
- (16) "Declaración de Alma Ata. Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud". Alma Ata, URSS, septiembre, 1978.
- (17) Campos R. de C., Jorge "Cambios en los programas tradicionales de educación médica y obstáculos que deben superarse para lograr la enseñanza de la medicina integral". *An. Fac. de Med.* 51: 75-89, 1968.
- (18) Testa, Mario. "Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función". *Educ. Med. Salud* 4: 48-70, 1970.
- (19) Croft Long, E. "La educación de hoy para la práctica de mañana". *Educ. Med. Salud* 2: 240-262, 1968.
- (20) Sonis, Abraham y Behm Rosas, Hugo. "Papel de las escuelas de salud pública en la educación médica". *Educ. Med. Salud* 4: 85-107, 1970.
- (21) Ugarte, L.A. *Atención médica integral a la familia.* (Para ser publicado).



UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

TEMA III

LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA  
DE LA MEDICINA

Por Carlos Tünnermann Bernheim (Nicaragua)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL,  
México, 1979



# LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA'

Por Carlos Tünnermann Bernheim''

La invitación que la Secretaría General de la UDUAL y la Comisión Organizadora de esta Conferencia me extendieron para elaborar una ponencia sobre el tema "*La autonomía universitaria y la enseñanza médica*", la interpreto como deseo de los organizadores de contar con el punto de vista de quien por no pertenecer a la profesión médica sólo puede abordar el tema desde una perspectiva muy general y aportar unas cuantas consideraciones extraídas de su vinculación con algunos programas universitarios de América Latina.

Lo anterior también explica por qué en esta ponencia se enfatiza más sobre el análisis de la autonomía universitaria y menos sobre el segundo aspecto del tema, es decir, sus relaciones con la enseñanza de la medicina, sobre el cual únicamente nos atrevemos a esbozar unas cuantas reflexiones, aplicables por cierto, a la educación superior en general.

## I

### La autonomía universitaria

#### *Raíces históricas*

Desde sus orígenes las universidades representan una permanente aspiración de autonomía y libertad frente a los poderes civiles, imperiales o eclesiásticos. Conviene recordar aquí, aunque sea muy brevemente, las circunstancias en que se produjo la aparición de las primeras universidades para que constatemos que el reclamo de autonomía ha estado presente desde los albores de la vida universitaria, como condición *sine qua non* de su existencia.

La universidad, tal como hoy la conocemos, surgió en la época medieval, concretamente a fines del siglo XII, aunque su apogeo se produjo en el siglo siguiente. Charles Homer Haskins nos dice que las universidades, como las catedrales y los parlamentos, son un producto de la Edad Media europea.(1)

Como toda institución social, las universidades no emergieron *ex-nihilo*. *Surgieron dentro de un contexto socioeconómico y cultural, que les imprimió sus rasgos fundamentales. Las circunstancias sociales prevalecientes en la segunda mitad del siglo XII y principios del siglo XIII, dieron lugar a la creación de las primeras univer-*

*sidades, algunas de las cuales "simplemente brotaron", sin que se pueda determinar con precisión quién las fundó ni cuándo exactamente se constituyeron.*(2) ¿Cuáles fueron esas circunstancias, tan determinantes para la creación de esta institución, nueva para el mundo? Los analistas de la historia de la universidad suelen mencionar las siguientes: **a)** el aumento de la población que se dio entre los siglos XI y XIV y que desembocó en una creciente urbanización. La urbanización representa, dentro del proceso dialéctico, un cambio cualitativo, pues la constitución de ciudades de cierta magnitud da origen a diversos procesos, reveladores de una mayor complejidad social: intercambios de costumbres, bienes e ideas; especialización de las actividades laborales y aparición de los gremios; nuevas y mayores demandas educativas; organización de las comunas, etc.;(3) **b)** los cambios en la organización social, consecuencia de los cambios en las estructuras económicas. El corporativismo que engendró los gremios y las comunas fue concomitante al proceso de urbanización; **c)** el surgimiento de un extraordinario afán de saber, sólo comparable con el que prevaleció durante el Renacimiento y la Ilustración, decisivo para el nacimiento de las universidades.(4) Tal afán generó una mayor demanda de educación, dando lugar incluso a las migraciones estudiantiles, típicas de los primeros tiempos de la vida universitaria europea, cuando verdaderas multitudes de jóvenes se trasladaban de una ciudad a otra para escuchar las lecciones de los maestros más célebres; **d)** la aparición de un nuevo oficio: el oficio de enseñar, nacido al lado de los otros oficios en el seno de las ciudades, como respuesta a las nuevas demandas creadas por el proceso socio-cultural. El maestro dedicado al oficio de enseñar era un artesano más en aquel mundo medieval de hombres-artesanos y comerciantes. *"El nuevo gremio de maestros y discípulos dedicados a la vida intelectual es el efecto de un proceso de organización y legitimación como el de los restantes oficios. Este proceso de legitimación y organización identificará y distinguirá socioculturalmente la actividad de estudiar y enseñar. Pero este derecho de enseñar hasta entonces estaba en manos del Estado y sobre todo de la Iglesia, razón por la cual las pretensiones de este nuevo gremio inquietan a los poderes laicos y religiosos. El gremio de los intelectuales irá conquistando progresivamente a través de luchas sucesivas y azarosas, un lugar en la ciudad, en la sociedad. Es aquí donde comienzan las luchas de la universidad, que aún hoy contemplamos, por la autonomía, por el derecho de enseñar y aprender libremente".*(5)

### **La palabra universidad**

Tales fueron las circunstancias que dieron lugar al nacimiento de la nueva corporación, la *universitas*, es decir, el gremio o corporación de los

que enseñan o aprenden, de los maestros y discípulos dedicados al oficio de aprender los saberes. La primera denominación que recibieron estas comunidades fue la de *Studium* (Estudio), que se amplió a *Studium generale* (Estudio General) para indicar tanto su carácter de centros de instrucción reconocidos como su condición de escuela abierta a todos, accesible, en principio, a toda clase de personas.<sup>(6)</sup> Después aparece el uso de la palabra *universidad*, derivada de la voz latina *universitas*, cuyo origen hay que buscarlo en el *Digesto romano* donde la *universitas* es lo contrario de los *singuli*, y significa el conjunto de los seres particulares o elementos constitutivos de una colectividad, distinta de los individuos que la integran. En la Edad Media la palabra servía para designar a los gremios, corporaciones o fraternidades integradas por personas dedicadas a un mismo oficio, entre quienes cabía distinguir los maestros (*magistri*) de los aprendices (*discipuli*). La totalidad o corporación de los maestros y discípulos dedicados al oficio de aprender los saberes constituyó la *universitas magistrorum et scholarium*, o sea el gremio de los maestros y discípulos, considerados en su conjunto, con privilegios y fueron propios, o separadamente: *universitas magistrorum* y *universitas scholarium*. Posteriormente, el término *universitas* sirvió para referirse a la institución como tal (7) y sólo bastante tardíamente para aludir a la universalidad de la enseñanza en todas las ramas del conocimiento.<sup>(8)</sup>

### Los privilegios

Constituidos en gremios o corporaciones, los maestros y los estudiantes se empeñaron en ampliar sus inmunidades de parte de la Comuna y asegurarse la protección de las jerarquías superiores (Papa o Emperador) frente a cualquier intento de la Comuna destinado a limitárselas. En las repúblicas italianas de esa época, los ciudadanos no disfrutaban de derechos civiles en otra ciudad. Los extranjeros se hallaban indefensos frente a los abusos de los posaderos, comerciantes y autoridades locales. Los miembros de la corporación universitaria eran en su mayoría extranjeros. Las primeras gestiones fueron encaminadas a asegurarles derechos similares a los de los ciudadanos. Pero luego llegaron a disfrutar de prerrogativas excepcionales, tales como la exoneración de impuestos y servicios a los que estaban sometidos los ciudadanos corrientes; derecho a una jurisdicción especial, la interna de la universidad, que les sustraía de la jurisdicción de la Comuna; libertad de movilización, etc... Los primeros privilegios provinieron del hecho de que casi todos los estudiantes y maestros eran miembros del clero (*clerigi*) o personas pertenecientes a la nobleza, que de por sí ya gozaban en las ciudades de ciertas prerrogativas. Al aumentar el número de universidades y ampliarse el de estudiantes no clérigos fue preciso establecer inmunidades adicionales.

Las recién fundadas universidades disponían, además, de un arma muy eficaz para defenderse de los abusos de los dueños de las posadas y de las autoridades municipales: la *dispersio* o *secesión*, es decir, la amenaza de trasladarse a otra ciudad que les garantizara sus prerrogativas.<sup>(9)</sup> Como generalmente estas corporaciones universitarias carecían de edificios propios y de instalaciones como bibliotecas, laboratorios, etc., y el idioma que usaban servía en cualquier país, les era fácil cumplir su amenaza si las autoridades de la ciudad no las complacían. Precisamente, en los primeros siglos de la existencia de la universidad, estas secesiones de estudiantes o maestros fueron una de las causas de la creación de nuevas universidades: de un éxodo de estudiantes ingleses de la Universidad de París surgió la Universidad de Oxford (1167), la que, a su vez y por igual vía, engendró a Cambridge; una secesión de estudiantes de Bolonia dio lugar al nacimiento de la Universidad de Padua (1222); otra surgida en la Escuela de Salerno condujo a la creación de la Universidad de Nápoles (1224), etc.

### Los modelos

Dos arquetipos universitarios dieron lugar a dos tradiciones distintas: el modelo de Bolonia (*universitas scholarium*) y el de París (*universitas magistrorum*). La Universidad de Bolonia, fundada a principios del siglo XII, surgió del impulso de estudiantes que buscaban profesores, lo cual explica que en su gobierno y administración influyera notablemente el elemento estudiantil.<sup>(10)</sup> Los estudiantes acudían a Bolonia de todas partes de Europa para escuchar las explicaciones de los comentaristas o glosadores del *Corpus Juris romano*, el más famoso de los cuales fue Irnerio, cuya enseñanza y prestigio fueron decisivos para el surgimiento de la Universidad de Bolonia. Según su procedencia los estudiantes se organizaban en "*naciones*"; cada nación elegía a uno o dos concejales a quienes correspondía anualmente la elección del rector.

Diferente fue el origen de la Universidad de París (finales del siglo XII), nacida en el seno de las escuelas catedrales de Notre Dame, al servicio de las necesidades doctrinales de la Iglesia Católica. Su preocupación central fue la teología. En ella predominaron los maestros, el más célebre de los cuales fue Abelardo. Con todo, ambas universidades terminaron por constituirse en asociaciones o corporaciones de profesores y alumnos, con privilegios muy singulares. La Universidad de París recibió una protección especial de los papas, resueltos a convertirla en "*la fortaleza de la fe y la ortodoxia católicas*". Pero, por la misma razón, los pontífices se reservaron la vigilancia de su actuación y de su enseñanza; de ahí que la *universitas magistrorum* estuviese sometida a la jurisdicción del *Canciller* de la Catedral, a quien correspondía la dirección

general de los estudios y la designación del rector. Esta última facultad la perdió al organizarse la corporación como la totalidad de maestros y alumnos, reservándose las naciones el derecho a elegir rector. Al canciller, con funciones un tanto protocolarias, le correspondía el otorgamiento de los grados.

El modelo de Bolonia fue imitado por la Universidad de Salamanca y por la mayoría de las universidades de Europa meridional; el de París influyó en la estructura de las de Europa septentrional. Las universidades coloniales de Hispanoamérica se inspiraron en el esquema de Salamanca. Este distinto origen histórico explica la desigual importancia que, en su ulterior desarrollo, dieron ambos modelos a la participación estudiantil en el gobierno universitario. En las universidades inspiradas en el modelo de Bolonia la participación estudiantil es históricamente legítima.

### *La universidad frente a los poderes ecuménicos*

A sus graduados las universidades les otorgaban la *licentia (facultas legendi o facultas docendi)*, es decir la licencia para enseñar, que tenía el carácter de *licentia ubique legendi*, pues gozaba de validez en cualquier parte, siempre que la Universidad tuviese autorización (papal o imperial) para concederla. Solo los dos poderes ecuménicos de la época, el Papa o, el emperador, podían otorgar a las universidades el *ius ubique legendi o docendi*, que les facultaban para conceder grados y licencias de validez universal. De ahí la importancia que tenía para las corporaciones universitarias el reconocimiento por algunos de estos poderes, o por ambos. Además, a ellos recurrían en busca de privilegios y de protección frente a los abusos de las comunas o de los obispos. Frecuentemente se valieron de uno u otro de los poderes ecuménicos para lograr el equilibrio que les asegurara la mayor libertad posible.

En sus pugnas con los obispos, por cierto frecuentes, la corporación universitaria legitimaba su existencia como entidad autónoma mediante el reconocimiento papal. Roma favoreció la independencia de la universidad frente a la jerarquía eclesiástica local y llegó hasta a suprimir al canciller de la Universidad de París, y con él al obispo, la facultad de conferir la licencia, que pasó a la corporación de maestros. Si bien Roma favorece la línea de independencia del obispo, esto no significó que la universidad gozara de absoluta autonomía de los poderes eclesiásticos. El papa sustrajo a la universidad de la jurisdicción de los obispos para ponerla bajo la jurisdicción de Roma, reservándose la vigilancia sobre su actuación y la posibilidad de disciplinar su enseñanza. Pero frente al Estado, el papado defendió a los universitarios mediante privilegios y fueros especiales.<sup>(11)</sup>

Ciertamente que los universitarios medievales tuvieron que agudizar su ingenio y valerse de las luchas y rivalidades entre los distintos poderes para ejercer libremente su oficio, lo cual no siempre consiguieron. Pero la reseña que hemos hecho de los primeros siglos de existencia de la más eminente institución creada por el hombre confirma lo que decíamos al principio de esta sección: que desde sus orígenes las universidades encarnan una decidida y constante vocación de independencia y libertad.

### *Universidad y Estado*

El desenvolvimiento histórico de la universidad nos muestra, desde sus orígenes, la tensión que ha existido entre la autonomía universitaria, como institución con fines propios, y las fuerzas sociales, principalmente los poderes públicos y religiosos, deseosos de controlarla.

Desde la consolidación de los Estados nacionales, la tensión se manifiesta entre ellos y la universidad, de suerte que la autonomía de ésta se define principal, aunque como exclusivamente, frente al Estado, representado por el gobierno central. En última instancia, la autonomía es el resultado de la particular relación dialéctica que se establece entre el Estado y la universidad, según sea el contexto político y socioeconómico. Se trata, más específicamente, como lo señala José Medina Echavarría, de *"una peculiar relación entre el poder político y un poder social, entre el Estado y una institución espiritual. Y esa relación ha sido siempre, como otras típicas de occidente, de equilibrio o, si se quiere, de compromiso. Por eso no se reduce a ser meramente una cuestión estatutaria o que pueda resolverse de una vez por todas por un precepto jurídico. La verdadera autonomía deriva del ámbito de libertad reconocida a la universidad por el Estado por razón de que acepta la autoridad que ésta posee ya por sí misma. En este sentido, perdura la autonomía espiritual de la universidad aún allí donde se ha convertido en miembro uniforme de la actividad administrativa del Estado. La fascinante historia de la universidad en los distintos países es sólo la historia de las distintas formas que ha tomado esa relación y de los delicados mecanismos de equilibrio que le han mantenido. Sólo el análisis histórico-sociológico descubre en cada caso las condiciones de compromiso, siempre inestable, entre las distintas fuerzas y estructuras sociales que hicieron posible la aparición y persistencia de un medio favorable a los afanes científicos"*.<sup>(12)</sup> De ahí que el problema de la autonomía universitaria se relacione con el más amplio de la distribución del poder en la sociedad y requiere una redefinición en cada época histórica.

La tendencia hacia el absolutismo que caracterizó a los recién constituidos Estados nacionales, afectó la autonomía de las universidades, que en muchas ocasiones perdieron su tradicional independencia y fueron incorporadas al engranaje estatal. Además, el Estado trató también de utilizarlas para su propósito de afirmación nacional frente a los poderes supranacionales, que anteriormente había otorgado su protección a la universidad. En algunos casos la universidad llegó a identificarse tan estrechamente con los poderes constituidos que degeneró en instrumento de un determinado interés político o confesional, utilizada como mecanismo de represión en contra de la libertad intelectual y el desarrollo de la cultura, que constituyen su esencia. En esos momentos de degradación universitaria, los verdaderos pensadores y los hombres de ciencia realizaron su labor al margen de las universidades.(13)

La Reforma dio origen a varias universidades: la de Ginebra, creada por Calvino (1559), Marburgo (1527), Königsberg (1543) y Jena (1558). La Contrarreforma tuvo sus hogares principalmente en las antiguas universidades españolas (Salamanca, Valencia, Barcelona) y engendró otras nuevas: Oviedo (1604) y sobre todo Alcalá de Henares, fundada por el Cardenal Cisneros; Dilinga y Wurzburg en Baviera; Salzburgo (1582) en Austria; Lovaina en los Países Bajos. El pietismo se manifiesta especialmente en la Universidad de Halle (1694), cuna de la Ilustración alemana, y según Paulsen, "*la primera universidad verdaderamente moderna*".

En Alemania se dio un fenómeno muy especial en la relación entre la universidad y el Estado. El absolutismo de los monarcas no impidió el desarrollo del espíritu indagador. El caso alemán es un ejemplo de lo que antes decíamos acerca de los "*delicados mecanismos de equilibrio*" que muchas veces adopta la relación universidad-Estado. Bajo el dominio de monarquías autocráticas y en el seno de universidades estatales carentes de autonomía fue posible un notable florecimiento universitario, gracias al principio de la libertad académica, característico de las universidades alemanas. En la Universidad de Halle, donde se destaca el magisterio de Cristian Wolf, se produce un extraordinario desarrollo en casi todas las ramas científicas. En la Universidad de Gottinga (1737) se desenvuelve el sistema de enseñanza a través de "*seminarios*", de tanta importancia para el arraigo de la investigación científica. Más tarde, con la fundación de la Universidad de Berlín (1810), según el esquema de Guillermo de Humboldt, la *libertas philosophandi* llega a su madurez. La estrecha relación entre docencia e investigación en que se inspira el esquema, influye luego en la organización de muchas otras universidades de diferentes partes del mundo y fue un elemento clave para el enorme desarrollo científico que se produjo, a partir de entonces, en Alemania.

## *Autonomía y libertad de cátedra*

El caso de la universidad alemana del siglo pasado ilustra las consideraciones de quienes sostienen que la libertad de cátedra puede existir aún sin autonomía, por lo menos sin autonomía administrativa, y de quienes estiman que lo fundamental en el quehacer universitario es la libertad académica. Así, Germán Rama nos dice que *“este tipo de relación entre el poder político y la institución de la inteligencia que fundamentaría la autonomía, tiene el carácter de que en ella lo esencial sería la libertad de cátedra y en un grado menor de derecho de autogestión, según fórmulas muy variables de compromiso entre el estado y la incorporación académica, a partir de un reconocimiento de autoridad moral de la universidad”*... *“La libertad puede ser negada en la propia universidad en virtud de valores religiosos o políticos que sostengan los grupos dominantes en su seno, mientras que puede estar garantizada en una universidad dentro de la cual las decisiones relativas a la estructura emanan directamente del poder político central”*.<sup>(14)</sup> El educador chileno, don Luis Galdames, partiendo del concepto de la autonomía como un medio que permite a la universidad el cumplimiento de sus altas finalidades, sostiene que a *“una universidad le bastaría realmente, para sentirse autónoma, con afianzar en forma invariable la libertad de la docencia, porque sobre ella habrá de edificar toda su obra”*.<sup>(15)</sup>

Conviene reflexionar un poco más sobre este punto de las relaciones entre la autonomía universitaria y la libertad de cátedra, que forma parte de la relación más general entre la universidad y el Estado. *“En el mundo de habla inglesa, advierte Risieri Frondizi, se confunde con frecuencia la autonomía con la libertad académica o libertad de cátedra. Se habla de ambas como si se tratar de la misma cosa. Es cierto que los dos principios están relacionados pero no se les debe confundir. La distinción es sencilla: la autonomía se refiere a las relaciones de la universidad con el mundo externo y en particular con el gobierno. La libertad de cátedra, en cambio es un problema interno. Puede haber, por lo tanto, autonomía sin que haya libertad de cátedra -como ocurrió en Oxford a principios del siglo XIX- y libertad de cátedra sin autonomía, como sucedió en las universidades prusianas del siglo pasado”*.<sup>(16)</sup> Pero, evidentemente, la mejor garantía de la libertad de cátedra es una amplia autonomía. En América Latina la experiencia nos enseña que sin autonomía es difícil que florezca una auténtica libertad de cátedra. Pareciera que la autonomía es su atmósfera natural.

### *La universidad napoleónica*

Retomando el desenvolvimiento histórico, dentro de cuyo marco hemos analizado la relación entre la universidad y el Estado, conviene señalar otro momento importante de definición de esa relación: el que se produce en Francia a principios del siglo XIX y cuya expresión institucional se da en el esquema de la universidad francesa, tal como la organizara Napoleón, esquema que tanta influencia tuvo, y tiene aún, en la estructura de nuestras universidades latinoamericanas.

La Universidad Imperial, de corte eminentemente utilitarista y profesionalizante, según los ideales educativos politécnicos de Napoleón, no fue más que un conjunto de escuelas profesionales carentes de núcleo aglutinador, burocratizada y sujeta a la tutela del Estado, cuyos servidores debía preparar. Despojada de las tareas de investigación, que pasaron a las academias, fue, en realidad, la negación de la idea misma de universidad: sin investigación, sin autonomía, y con una libertad académica bastante menguada, pues las Facultades se regían por programas oficiales impuestos desde el Ministerio de Educación y los profesores eran nombrados directamente por el Ministerio. La enseñanza universitaria se transformó en un monopolio del Estado, totalmente centralizada y puesta al servicio de los intereses y de la ideología imperial, que ese momento propiciaba la unidad de la nación francesa.(17)

El esquema napoleónico, que desafortunadamente fue adoptado por nuestras universidades latinoamericanas, como veremos después, hizo crisis en 1968. A partir de la Ley de Orientación de la Enseñanza Superior (7 de noviembre de 1968) se inicia una nueva etapa en la historia de la universidad francesa. Las universidades ya no son agrupaciones de Facultades sino establecimientos pluridisciplinarios. Se les otorga una amplia autonomía académica, financiera y administrativa. Se introduce la representación estudiantil en todos los organismos de gestión (¿ecos de la *Reforma* cordobesa latinoamericana?). Las Facultades son sustituidas por las "*unidades de docencia e investigación*", etc.

### *El caso particular de la Universidad en América Latina*

La universidad colonial hispánica fue señorial y clasista, como la sociedad a la cual servía y de la que era expresión. Creada dentro del contexto de la política cultural trazada por el imperio español, tuvo como misión atender los intereses de la Corona, la Iglesia y las clases superiores de la sociedad.

En cuanto a su organización, Salamanca y Alcalá de Henares, las dos universidades españolas más famosas de la época, fueron los modelos que

inspiraron las fundaciones universitarias del Nuevo Mundo, siendo el de Alcalá el más imitado. Entre ambos modelos existieron diferencias bastante significativas, que se proyectaron en sus filiales de América, dando lugar a dos esquemas universitarios que en cierto modo prefiguraron la actual división de la educación universitaria latinoamericana en universidades "estatales" y "privadas" (fundamentalmente católicas).<sup>(18)</sup> La estructura académica de la universidad colonial respondió a una concepción y a un propósito muy definidos, lo que le permitió ser una institución unitaria. Se organizó como una totalidad y no como un simple agregado de partes, con una visión propia del mundo, del hombre y de la sociedad. Predominó en ellas un sistema libresco y memorista, poco propicio para estimular la investigación científica. A fines del siglo XVIII, las que se abrieron a los aires de la ilustración borbónica, reamozaron un poco su enseñanza, despertando de su letargo escolástico de siglos.

La Independencia, cuya ideología revolucionaria provenía de la ilustración francesa, abrió ampliamente las puertas a la influencia cultural de este país. La República, tras las pugnas entre liberales y conservadores por el dominio de la universidad, no encontró cosa mejor que hacer con la universidad colonial que sustituirla por un esquema también importado, el de la universidad francesa. La reestructuración careció así del sentido de afirmación nacional que se buscaba para las nuevas sociedades.

La adopción del esquema napoleónico no produjo los frutos esperados y fue más bien contraproducente. En primer lugar, destruyó el concepto unitario de universidad, que mal que bien se había plasmado en la universidad colonial, desde luego que la nueva institución no fue sino un conglomerado de facultades profesionales aisladas. En segundo término, hizo más difícil el arraigo de la ciencia en nuestros países, pues el énfasis profesionalista postergó el interés por la ciencia misma. La universidad latinoamericana que surgió del injerto napoleónico produjo posiblemente los profesionales requeridos por las necesidades sociales más perentorias, que asumieron la tarea de completar la organización de las nuevas repúblicas, pero estos graduados fueron, por defecto de formación, simples profesionales, sin duda hábiles en su campo profesional, mas no universitarios en el pleno sentido de la palabra. La burocratización de la universidad y su supeditación al Estado, acabó también con la menguada autonomía de que hasta entonces había disfrutado. La investigación científica corrió peor suerte, pues en América Latina no se crearon o no prosperaron las academias e institutos que en Francia asumieron la tarea de promover el adelanto del conocimiento, ni tampoco las grandes escuelas, donde se forjaron los sabios franceses, pieza clave del esquema galo.

Como consecuencia, la ciencia en América Latina ha estado casi ausente del quehacer universitario, cuya preocupación fundamental ha sido, hasta ahora, la enseñanza de las profesiones liberales.

La universidad republicana tampoco logró ampliar la base social de la matrícula estudiantil, que siguió siendo representativa de las clases dominantes. Al permanecer invariables las estructuras fundamentales de la sociedad, perduró la naturaleza elitista de la institución durante todo el siglo XIX. No será sino hasta principios del presente siglo cuando el Movimiento de Córdoba denunciara vigorosamente el carácter aristocrático de la universidad latinoamericana.

### **La Reforma de Córdoba**

La llamada Reforma de Córdoba de 1918, que fue el primer cuestionamiento a fondo de nuestras universidades, señala el momento histórico del ingreso de América Latina en el siglo XX y del ascenso de las clases medias urbanas que, en definitiva, fueron las protagonistas del Movimiento. Y es que bien entrado el siglo XX, nuestras universidades seguían siendo los "*virreinos del espíritu*", "*admirablemente organizadas para realizar el doble propósito de formar hombres de profesión e impedir que se formaran hombres de ciencia*", como agudamente apuntó don Valentín Letelier. Encasillados en el molde profesionalista napoleónico y arrastrando en su enseñanza pesado lastre colonial, estaban lejos de responder a lo que América Latina necesitaba para ingresar decorosamente en el siglo XX y hacer frente a la nueva problemática, suscitada por los cambios experimentados en la composición social como consecuencia de la urbanización, de la expansión de la clase media y de la aparición de un incipiente proletariado industrial.

El movimiento logró muy pronto propagarse a lo largo y ancho de América Latina, demostrando que constituía una respuesta a necesidades y circunstancias similares, experimentadas en toda la región. La publicación del célebre *Manifiesto liminar* (junio de 1918) desencadenó una serie de reclamos y acciones estudiantiles en casi todos los países. El programa de la Reforma desbordó los aspectos puramente docentes e incluyó toda una serie de planeamientos político-sociales. La autonomía universitaria fue el reclamo suscrito con mayor vigor por el Movimiento de Córdoba, de suerte que puede afirmarse que de él emerge el régimen autonómico al cual aspiran las universidades latinoamericanas y que, con altibajos en cuanto a su consagración legal, representa una constante del esquema teórico de lo que en nuestro continente entendemos por universidad. Entre nosotros, la autonomía universitaria es considerada como consubstancial de la universidad, en el sentido de que sin ella no concebimos una universidad auténtica.

La Reforma de Córdoba replanteó las relaciones entre la universidad, la sociedad y el Estado. Hasta Córdoba, la universidad y la sociedad marcharon sin contradecirse, pues durante los largos siglos coloniales y en la primera centuria de la República, la universidad no hizo sino responder a los intereses de las clases dominantes de la sociedad, dueñas del poder político y económico y, por lo mismo, de la universidad. El Movimiento de Córdoba fue la primera confrontación entre una sociedad que comenzaba a experimentar cambios en su composición interna una universidad enquistada en esquemas obsoletos. Si la República trató de separar la universidad de la Iglesia, mediante la adopción del esquema napoleónico que, a su vez, la supeditó al Estado, Córdoba trató de separarla del Estado mediante un régimen de autonomía.

El concepto de autonomía sustentado por el Movimiento reformista era muy amplio; implicaba el reconocimiento del derecho de la comunidad universitaria a elegir sus propias autoridades, sin interferencias extrañas; la libertad de cátedra; la designación de los profesores mediante procedimientos puramente académicos que garantizaran su idoneidad; la dirección y gobierno de la institución por sus propios órganos directivos; la aprobación de planes y programas de estudio; elaboración y aprobación del presupuesto universitario, etc. Incluso se llegó a recomendar la búsqueda de un mecanismo que permitiera a la universidad su autofinanciamiento (autarquía patrimonial), a fin de evitar las presiones económicas por parte del Estado, o de las otras fuentes de ingresos, que en determinado momento podían hacer irrisoria la autonomía formal. Más tarde, y ante las constantes amenazas de parte de las fuerzas públicas, se incluyó la inviolabilidad de los recintos universitarios, de reconocido abolengo medieval. Con esto, el concepto de autonomía adquirió características que, en ese momento, no existían en otras partes del mundo. Seguramente, al Movimiento reformista se debe el énfasis puesto en este aspecto de la vida universitaria latinoamericana, cuya necesidad e importancia para el desarrollo universitario y social del continente ha quedado plenamente demostrada.

Desde el grito de Córdoba, la autonomía ha estado en la primera línea de las reivindicaciones universitarias en América Latina. Consagrada en la mayoría de los textos legales y elevada en varios países a rango de precepto constitucional, su accidentada historia, escrita algunas veces con sangre generosa de la juventud, está ligada al éxito o fracaso de la democracia en nuestros países. Representa una aspiración permanente de los universitarios latinoamericanos y una de las condiciones que definen su universidad. Sin embargo, no existe en la actualidad un criterio uniforme acerca del sentido y el alcance de la autonomía.

### *El concepto de autonomía universitaria*

El concepto de autonomía universitaria ha sido motivo de muchos debates, tanto a nivel nacional como internacional. Recientemente se le ha examinado desde muchos ángulos (jurídico, sociológico, político, filosófico) dando lugar a una amplia bibliografía que sería imposible reseñar y analizar dentro de los reducidos límites de esta ponencia. Nos limitaremos a referirnos al concepto que de ella se tiene en los medios universitarios y a las principales consideraciones que hoy día se hacen acerca de su naturaleza, carácter dialéctico y relatividad, de suerte que en varias reuniones universitarias se ha abogado por la conveniencia de llevar a cabo un análisis profundo del tema y una revisión de su conceptualización, a la luz de las actuales circunstancias socioeconómicas y políticas.<sup>(19)</sup> El concepto en sí, como bien lo señala Darcy Ribeiro, pertenece al *"credo liberal de la universidad"*, que considera factible la definición de la autonomía como independencia total del Estado, de la sociedad y de cualquier otra influencia pública, principio que al ser sacralizado podría conducir al aislamiento de la universidad y a su falta de compromiso con la realidad circundante.<sup>(20)</sup>

En 1965, en la IV Conferencia de la Asociación Internacional de Universidades (AIU), celebrada en Tokio, se intentó, a nivel mundial, elaborar una definición de lo que debe entenderse por autonomía universitaria en la comunidad académica. Tras arduas discusiones, la Conferencia de Tokio declaró que *"siglos de experiencia demuestran que las universidades pueden realizar en forma más satisfactoria la tarea que se les ha encomendado, cuando se sienten libres para tomar decisiones que comprendan las siguientes áreas:*

- 1. Cualesquiera que sean las formalidades para los nombramientos, la universidad deberá tener derecho de seleccionar su propio cuerpo de profesores.*
- 2. La universidad deberá responsabilizarse de la selección de sus estudiantes.*
- 3. Las universidades deberán responsabilizarse de la formulación de los currícula para cada grado y del establecimiento de los niveles académicos. En aquellos países donde los grados y títulos para practicar una profesión estén reglamentados por la ley, las universidades deberán participar de manera efectiva en la formulación de los currícula y el establecimiento de los niveles académicos.*
- 4. Cada universidad deberá tener el derecho de tomar las decisiones finales sobre los programas de investigación que se lleven a cabo en su seno.*

5. *La universidad debe tener el derecho, dentro de amplios límites, de distribuir sus recursos financieros, entre sus diversas actividades, es decir, por ejemplo, espacio y equipo; capital e inversiones*".

El Consejo Ejecutivo de la UDUAL, en 1966, hizo suya la declaración de Tokio, agregando que *"la autonomía y su cabal ejercicio estriban también en el respeto del recinto universitario, que ha sido inviolable desde hace siglos y que si ahora no lo es por dictado de la ley, sí lo es por mandato de la historia y de la tradición, ya que constituye una garantía para la dignidad de profesores y estudiantes en el libre ejercicio de su vida universitaria"*. Entiéndase, sin embargo, que la inviolabilidad del recinto universitario no significa *"extra-territorialidad"* ni mucho menos impunidad para delitos comunes. La fuerza pública, previa autorización de las autoridades universitarias competentes, puede penetrar en los recintos universitarios cuando se trata de la comisión de delitos comunes, para los cuales la autonomía no debe servir de escudo.

A los fines legales, la autonomía es el *status* que el Estado concede a la universidad para que se gobierne de manera independiente en los asuntos de su incumbencia. Tales asuntos conllevan: a) *Autonomía para investigar*, por medio de la cual la universidad elige libremente el campo de indagación que mejor le parezca, por encima del juego de intereses creados de los grupos sociales; b) *Autonomía para enseñar*, o derecho de transmitir conocimiento libremente (libertad de definir el contenido de las asignaturas); c) *Autonomía administrativa*, es decir, libertad para crear y manejar sus propios órganos de gobierno, hacer nombramientos, remociones y disponer asignaciones; d) *Autonomía económica*, que quiere decir libertad para elaborar el presupuesto y manejarlo para adelantar la gestión financiera, sin perjuicio de la fiscalización a posteriori por parte de organismos de contraloría competentes, cuando se trata de fondos públicos.

La autonomía que se da frente a los poderes del Estado proporciona el marco jurídico que permite el amplio ejercicio de la libertad académica, base de toda enseñanza genuinamente universitaria. No se trata con la autonomía de crear un Estado dentro de otro Estado ni de contraponer un poder a otro poder. La autonomía es condición que permite a la universidad cumplir, en la mejor forma posible, la tarea que le es propia. Impone, por cierto, serias responsabilidades, pues la universidad, dueña de su destino, debe responder por lo que haga en el uso y disfrute de su libertad. El quehacer de la universidad consiste, fundamentalmente, en el cumplimiento de sus funciones, una de las cuales es, por cierto, la fun-

ción crítica, que la autonomía debe preservar a toda costa. La autonomía no debe provocar el divorcio entre la universidad y su medio. Es preciso evolucionar de un concepto de autonomía de simple defensa a otro más dinámico de afirmación, de presencia de la universidad en la vida de la sociedad, pues la universidad es demasiado importante para que se le permita el aislamiento.

La autonomía es un medio, no un fin en sí misma. Es una herramienta que puede ser eficaz o no para que las universidades cumplan sus funciones. Cuando el medio se confunde con un fin se produce su uso defectuoso o abuso.<sup>(21)</sup> Constituye abuso cuando la autonomía se interpreta en un sentido mágico como intangibilidad física de los edificios o personas -el tabú de los recintos sagrados- o bien, en un sentido astuto, como refugio para los apáticos y los ineptos en un mundo sometido a un proceso de revisión y cambio que, justamente, exige una actitud de vigilia crítica. La autonomía se utiliza, entonces, como un argumento perezoso para retirarse de la actualidad.

El uso de la autonomía es, por el contrario, su aplicación dinámica a la investigación por encima de los intereses de grupos, a la libre discusión y transmisión de conocimientos, a la vinculación de la universidad con los problemas de la nación. Si por medio de la autonomía la universidad produce su desvinculación formal de la sociedad que la soporta, por medio de su uso restablece dicho vínculo pero ahora no de manera impuesta sino deliberada y consentida; emerge de la conciencia histórica del universitario, de su sentido de la solidaridad social y de la responsabilidad ante su pueblo. Se trata de una vinculación estructural, de carácter orgánico. Por lo tanto más sutil, compleja y profunda. Debe evitarse el peligro de que las universidades se conviertan en "*esferas institucionales autónomas*", en el sentido sociológico de la expresión. No se trata de un alejamiento del gobierno, sino de suerte de incomunicación con la sociedad. En esas condiciones sería difícil que fueran la voz espiritual de la nación.

Naturalmente, el concepto de autonomía no se limita a su definición jurídica. Tampoco las relaciones entre el Estado y la universidad pueden reducirse a una solución puramente formal, como son las que se plasman en las fórmulas jurídicas. Es preciso también examinar el concepto desde una perspectiva más amplia, o sea analizar sus posibilidades en el contexto de las relaciones entre educación y sociedad.

La educación es un sistema que forma parte de la estructura social global y, por lo mismo, es un reflejo de ésta, pero goza de suficiente autonomía como para, a su vez, influir sobre la sociedad y propiciar su cambio.

No es un fenómeno aislado, sino que inserta en la superestructura productiva y de la sociedad globalmente considerada, cuya reproducción asegura. A su turno, y por lo mismo que no se trata de un determinismo mecanicista sino de una relación dialéctica, posee la capacidad, por las contradicciones de que es portadora, de contribuir al cambio social. “*Las dos afirmaciones: que “la educación asegura la función de reproducción de la sociedad” y que “toda acción educativa es en sí misma y en cierta medida un proyecto de sociedad” no se contraponen si aceptamos el hecho de que se da un flujo permanente de la retroalimentación entre sociedad y educación.*”(22)

Los sociólogos de la educación atribuyen a ésta tres funciones básicas en el seno de la sociedad: a) la función *técnico-económica*, que consiste en la formación y reproducción de la fuerza de trabajo, es decir la calificación de los recursos humanos necesarios para el sistema productivo; b) la función *clasista*, en el sentido de que el sistema educativo actúa como un selector social, que ofrece una educación diferenciada según la extracción social y, a la vez, no excluye cierta movilidad social, pues permite reclutar el talento necesario a la clase dominante y dar así cierta elasticidad al sistema de clases; y c) la función de *consenso ideológico y cultural, o de socialización*, en virtud de la cual internaliza el esquema de valores y de normas que consolida y legitima, a nivel subjetivo, el sistema social imperante. Tal esquema no es otro que el de la clase dominante, que aparece como representante de la sociedad. Pero, por las contradicciones que refleja y por su relativa autonomía, contribuye también a generar y difundir esquemas que cuestionan el esquema legitimador. De ahí sus posibilidades como agente de cambio. En su aspecto institucional, el sistema educativo forma parte del Estado y cumple algunas de las funciones del Estado Moderno en el plano ideológico.(23) El efecto general de estas funciones es fundamentalmente consolidar y perpetuar una estructura social determinada. Pero, al mismo tiempo que presta servicios al sistema dominante, puede también contribuir a su separación, siempre que se den otros factores que operen en igual sentido. La educación superior, por su rango dentro del sistema educativo, adquiere singular dimensión dentro de este proceso, principalmente en cuanto a la socialización y la preparación de los recursos humanos de alto nivel que la sociedad y la infraestructura productiva requieren. Pero estas funciones las desarrolla, de manera especial la universidad, como la parte más cualificada del sistema educativo, con cierto grado de independencia, por lo factores que Pablo Lapatí resume del modo siguiente: a) Tratándose de un convencimiento y de un proceso de formación de valores, no pueden esperarse resultados mecánicos. Siempre existe la posibilidad de resultados contrarios: valores opuestos a los representa-

dos por la institución: **b)** Los hábitos intelectuales y morales, el espíritu crítico que fomenta la formación universitaria frecuentemente se vuelven contra los supuestos y contenidos de la ideología de dominio; **c)** Por la complejidad de las sociedades dependientes, la clase dominante no constituye un todo homogéneo sino que está fragmentada en diversos grupos en pugna (burguesía industrial, comercial, financiera, terrateniente, etc.), por lo cual también se manifiestan contradicciones en las ideologías de dominio que transmite la universidad; **d)** Además, existen frecuentemente diferencias entre la ideología de los grupos económicos y la de los grupos políticos, por lo que la acción socializadora de la universidad no será única. Estos y otros factores, dice Lapatí, hacen accidentada la transmisión y difusión ideológica de la universidad.(24)

Como conclusión de las consideraciones anteriormente puede afirmarse que si bien los subsistemas de educación superior responden a las demandas y características del contexto social, existe una relativa autonomía de la enseñanza universitaria respecto de la sociedad, que permite esperar que ésta, según el sentido que dé a su quehacer, pueda contribuir positivamente al proceso de transformación social. Pero, como bien observa Germán Rama, el funcionamiento del esquema autónomo de la universidad sólo es posible cuando la sociedad tiene un grado elevado de consenso y el pensamiento crítico existente dentro del sistema o cuando estableciéndose en contra de él, éste tiene la solidez necesaria como para no sentirse amenazado y en consecuencia tolera las consecuencias políticas de la libertad de cátedra. *"En América Latina el auge del régimen autónomo se corresponde con el Estado liberal y su crisis posterior es un aspecto de la crisis de este último... A partir de 1950 la alianza populista entre proletariado industrial, clases medias y burguesía industrial, tenazmente buscada por muchos movimientos políticos, demuestra lo inestable del logro y la progresiva concentración de poder en manos de la oligarquía en forma directa o a través del golpe de estado militar. La ruptura del acuerdo hace invariable el régimen autónomo. Los gobiernos no permiten la existencia de instituciones que escapen a su dominio político y la universidad es percibida exclusivamente, o casi exclusivamente, como un centro de poder político anti-statu-quo".*(25)

Fácil es comprobar que la autonomía universitaria en América Latina, en las dos últimas décadas, ha sufrido una profunda crisis y se encuentra seriamente limitada o desvirtuada aún en los países donde fue originalmente proclamada como uno de los postulados de nuestra vida universitaria. Un rápido recorrido sobre la situación actual de la autonomía universitaria en nuestro continente nos arroja, desafortunadamente, un saldo negativo y dramático.(26)

El tema de la revisión del concepto de autonomía se planteó en el seno de la *"II Conferencia Latinoamericana de Difusión Cultural y Extensión Universitaria"*, convocada en México por la Unión de Universidades de América Latina (febrero de 1972). En esta oportunidad, el profesor cubano José Antonio Portuondo, sostuvo que *"no puede hablarse, en términos generales y absolutos de la autonomía ni de otros conceptos elaborados en la etapa reformista, y válidos para quienes luchan aún en ella, en esta tensa hora de transición que vive la universidad latinoamericana"*. La relatividad del concepto la explicó así: *"En la etapa pre-revolucionaria la autonomía universitaria proporciona un baluarte para denunciar y combatir el régimen imperante, pero una vez arrojada la burguesía del poder, o en trances de serlo, la autonomía puede convertirse en instrumento de esa misma burguesía en retirada que se atrinchera en ciertos recintos académicos para oponerse al proceso revolucionario, incluso enarbolando consignas del más infantil izquierdismo"*. Augusto Salazar Bondy, en esa misma Conferencia sostuvo que aún en un proceso revolucionario *"es interesante que la autonomía universitaria tenga vigencia como un concepto revisado, con el concepto de la posibilidad de que los grupos, las comunidades universitarias, tengan la posibilidad de aportar más allá o inclusive en diálogo crítico con el Estado"*... *"Evidentemente, en el caso de países en los cuales la universidad es un foco de conciencia crítica para cambiar el sistema, la autonomía debe ser enfatizada al máximo en el sentido de un arma de lucha. En países en los cuales la autonomía puede ser un arma contrarrevolucionaria hay que pensar en una autonomía que pueda ser revisada en el sentido de que el propio sistema de los universitarios, de las propias universidades, autocontrolen las posibilidades de acción de esos grupos de obstaculización y freno; o sea, no que un poder ajeno imponga a la universidad una norma de coacción y de violencia sino que dentro de los sistemas mismos de control de la universidad y por autogobiernos del conjunto de las universidades, se pueda frenar la labor de zapa que algunas universidades puedan realizar"*.(27)

En nuestra opinión el concepto de autonomía es un concepto dialéctico, que no puede formularse de manera absoluta y para siempre. Se trata de un principio fundamental para la existencia de nuestras universidades, pero como se halla inserto en un contexto sociopolítico e histórico, debe definirse en función de ese contexto y de su complejidad. Sin perder su carácter de garantía del pensamiento crítico e independiente, debe asegurar también la participación de las universidades en el proceso de cambio, pues ella no puede permanecer a la orilla de la historia si-

no ser parte de ella, protagonizarla, proyectar su influencia en el acontecer y orientarlo en el sentido de las aspiraciones más genuinas de nuestros pueblos. Deben contribuir al análisis objetivo y científico de las condiciones que determinan nuestra situación de dependencia y subdesarrollo y a la elaboración de los proyectos nacionales y regionales que promuevan un desarrollo autónomo y liberador para nuestras sociedades. No hay universidad válida en países subdesarrollados si ésta no confiere a su trabajo académico un sentido realmente útil al proceso de transformación de nuestras sociedades y a la superación de las condiciones que determinan la marginación de las grandes mayorías de nuestra colectividad. Necesitamos no una universidad connivente con el atraso, sino una universidad que eduque mediante una visión crítica de su realidad y siembre en sus graduados semillas de liberación y no de conformismo. Insertas en la problemática de su medio, ligadas al proceso histórico de nuestros pueblos y comprometidas vitalmente con su progreso, nuestras universidades deben proponerse también el dominio de la ciencia contemporánea, a los más altos niveles, asumir la responsabilidad de proporcionar a nuestras sociedades los conocimientos y las técnicas que requieren para que ese compromiso con la promoción del adelanto no sea simplemente emotivo o verbal, sino basado en el conocimiento científico de nuestro medio y de los problemas que nos agobian. Sólo así estarán en condiciones de dar un aporte realmente valioso a esa promoción. Pero una educación crítica y liberadora sólo puede impartirla una institución libre. De ahí que entre nosotros la autonomía universitaria siga siendo condición indispensable para el desempeño de nuestras universidades y uno de sus principios más caros.

### *Autonomía y planificación*

Aceptada la necesidad de la planificación de los sistemas educativos, como instrumento indispensable para ordenar y racionalizar su desarrollo, y la conveniencia de que ésta sea *integral*, o sea que comprenda todos los niveles, se pregunta si tal planificación es factible respetando, a la vez, la autonomía de las instituciones universitarias. En los países de economía centralmente planificada, donde los planes de desarrollo educativo se ciñen estrictamente a los requerimientos y a las pautas de los planes nacionales de desarrollo económico y social, no es posible la autonomía, por lo menos tal como nosotros la entendemos. En cambio, cuando la planificación no es normativa sino indicativa, no sólo es factible sino que no representa en sí, un obstáculo insuperable para el diseño de un buen plan nacional e integral de desarrollo educativo. Sin embargo, no existe consenso al respecto y hay quienes sostienen que los términos "*planificación*" y "*autonomía*" son irreconciliables.

Jacques Torfs, en el seno de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Planeamiento Universitario (Universidad de Concepción, Chile, 1969), sostuvo que: *"un plan para el desarrollo de una universidad cualquiera no puede ser trazado in vacuo -los alumnos deben ser formados para desempeñar una función y ocupar un puesto en la sociedad-. La naturaleza de las funciones y el volumen del empleo son definidos por los planes sectoriales y generales del desarrollo económico y social de las naciones; o pueden ser derivados del estudio de sus políticas financieras, económicas, industriales. En otras palabras, los objetivos de la expansión universitaria son extrínsecos a la universidad misma. No pueden ser fijados por ella. El Plan Universitario, es obvio, no puede ser sino un elemento subsectorial de un Plan de Educación y éste mismo debe hacer parte de, y ser orientado por, un Plan General de desarrollo económico y social"...* *"En otras palabras, no puede existir ninguna autonomía universitaria en el campo de la planificación".*(28)

Diferente fue el criterio que en esa misma Conferencia expuso el profesor belga Henri Janne. En su extraordinario trabajo presentado a la Conferencia, Janne señaló que la tensión entre la *"planificación"* y la *"autonomía"*, entre *"control público"* y *"autonomía"* es una de las contradicciones esenciales que la universidad debe vencer para hacerse una *"imagen"* de sí propia y que *"la autonomía de la universidad no es un obstáculo para la planificación universitaria integrada en un plan nacional; no se trata más que de un caso de descentralización entre muchos otros, pero requiere un acuerdo sobre los objetivos"*. En otro párrafo de su trabajo el profesor Janne fue aún más explícito: *"La autonomía de la universidad, aunque total, no es un obstáculo para una buena planificación cuando la universidad acepta el principio. Pero debe aceptar, al mismo tiempo, el deber de acoger los objetivos generales de la sociedad, sin dejar de conservar su libre albedrío -nunca insistiremos lo bastante sobre esto para realizar los objetivos que le son propios y que, lejos de ser contradictorios respecto a las necesidades directas de la sociedad, le son complementarios. En cuanto al Estado, debe considerar la autonomía universitaria como punto de descentralización. En la mayoría de los casos la planificación del desarrollo tiene también que amoldarse a la autonomía de las empresas, lo mismo que a la de los poderes regionales o locales. Así pues, la planificación se aplica a las unidades descentralizadas, pero bajo su propia responsabilidad, después de ponerse de acuerdo sobre la política a seguir y sobre la técnica que se debe aplicar. No hay dificultad alguna que se oponga a la integración de la planificación universi-*

*taria respecto a planes más amplios. Por el contrario, todo está a favor de que se logre esta finalidad”.*

En las conclusiones aprobadas por la Conferencia de Concepción, se precisó que el planeamiento de la educación superior debe realizarse *“con la participación de las universidades y sin perjuicio de la autonomía de éstas”*. La Conferencia insistió sobre la necesidad de resguardar la autonomía de la universidad dentro del proceso de planificación, subrayando que precisamente esa autonomía pertenece a la esencia de la universidad crítica y *“es la base absolutamente necesaria para la expresión de sus características más auténticas y la realización plena de sus funciones”*.

Nuestro criterio es que si bien las universidades deben participar en el proceso de planificación nacional, su participación en calidad de centros autónomos del saber es más valiosa y se compadece mejor con los verdaderos intereses de la sociedad. Por otra parte, es necesario que las autoridades responsables de la planificación nacional tomen en cuenta a las universidades desde la etapa misma de la elaboración del diagnóstico de la realidad nacional hasta la de formulación de objetivos y diseño de planes y programas. Sólo así será posible que las grandes metas del Plan Nacional sean compartidas por todas las instituciones involucradas en su definición, lo que dispondrá su ánimo a coordinar sus programas de desenvolvimiento con tales metas. Habrá sido ejercida en todas las etapas del proceso y robustecida por su afirmación dinámica. Autonomía y política educativa del Estado no son, pues, términos necesariamente irreconciliables, como tampoco lo son autonomía y planificación de los servicios de salud.

Otro aspecto que cabe mencionar aquí es el referente a la participación de las universidades en la formulación y ejecución de la política científica y tecnológica de cada país. Este tema fue abordado con amplitud en la *“Tercera Reunión de la Conferencia Permanente de dirigentes de los Consejos Nacionales de política científica y de investigación de América Latina, celebrada en Viña del Mar en julio de 1971*. Del Informe de esa reunión se desprende que es posible la activa participación de las universidades en la promoción de la política científica sin detrimento de su autonomía. Dice así el Informe: *“La universidad, por su parte, necesita crear, en coincidencia con las líneas generales de desarrollo nacional, los proyectos de investigación científica y tecnológica a estudiar, cuyos resultados el país podrá previsiblemente utilizar a corto plazo. De esta forma, la investigación tecnológica que tenga lugar en la universidad, se convierte en parte integral del organismo generador de la tecnología ne-*

*cesaria para el proceso de industrialización"... "La universidad podrá entonces no solamente adecuar su acción a los planes nacionales de desarrollo sino que, además, podrá participar en la elaboración de dichos planes y, sobre todo, contribuir en la formulación de la política científica nacional en colaboración con los órganos de planeamiento científico y tecnológico".(29)*

El mejoramiento de la ciencia y la tecnología requiere que cada país o región defina, de previo, su modelo de desarrollo, es decir que formule lúcidamente lo que antes llamamos su "*proyecto nacional de desarrollo autónomo*". Esta es una tarea fundamental, que requiere por cierto la participación de todos los sectores sociales y en la cual las universidades tienen un papel de primer orden que cumplir. En última instancia, se trata de definir el modelo de civilización que deseamos para nuestra sociedad y para las futuras generaciones, ante las diversas alternativas que pueden proponerse. Estos modelos o planes determinan, a su vez, la naturaleza de la ciencia y de la tecnología que debemos desarrollar. Si los gobiernos carecen aún de la conciencia y capacidad suficientes para captar la importancia que tiene la elaboración de estos modelos, será preciso que las universidades, como la avanzada intelectual de la región, emprendan la tarea de diseñar alternativas de civilización diferentes a las que hasta el momento se nos vienen imponiendo, ejercicio interdisciplinario de vital importancia para la orientación de los esfuerzos en pro del desarrollo integral, del que hacen parte las tareas de mejoramiento y cambio científico y tecnológico. La participación de las universidades en esta tarea hará menos probable, por el ejercicio de su función crítica, que el "*proyecto nacional*" que se adopte sea el proyecto de las clases dominantes, que no haría sino reforzar la dependencia y el subdesarrollo.

Pero el tema de la posible conciliación de los conceptos de autonomía y planificación puede también examinarse no sólo desde la perspectiva de la autonomía de las instituciones, sino desde el más amplio de la autonomía de los "*sistemas de educación superior*". Se habla incluso de un momento de transición o de desplazamiento de la autonomía de las instituciones a la autonomía de los sistemas".(30) Luis Manuel Peñalver sostiene que hasta se ha llegado a estudiar una idea que sería de gran utilidad desde el punto de vista conceptual y desde el punto de vista práctico: esa es que ya no deberíamos hablar de "*autonomía universitaria*" sino de "*autonomía -en el buen sentido del término- de la educación superior*", ya que este subsistema requiere de agilidad y condiciones que deben cumplirse tanto dentro de la universidad, como de los demás institutos superiores. "*Podríamos plantear, afirma, una especie de concepción autónoma supra-universitaria; ya no solamente la au-*

*tonomía también moderna y dinámica del subsistema de educación superior*".(31) Esta es la tesis consagrada en las legislaciones de varios países (Perú y Bolivia, entre otros), que introdujeron en realidad serias limitaciones a la autonomía universitaria mientras proclamaban conservar incólume el principio al nivel de la "Universidad Peruana" o de la "Universidad Boliviana", por ejemplo, entendidas como "el conjunto de todas las universidades del país, integradas en un sistema universitario". La Ley Orgánica de la Universidad Peruana del 18 de febrero de 1969 establecía, por ejemplo, que la Universidad Peruana es parte integrante de la organización institucional del país y que "como sistema es autónoma, pero es parte constitutiva del Sector Educación; contribuye a formular la política nacional de educación y asume la responsabilidad de ejecutarla en el área de su competencia, teniendo en cuenta los lineamientos del Sistema Nacional de Planificación. Por supuesto que este tipo de soluciones no satisfacen a quienes, como Luis Alberto Sánchez, opinan que "la autonomía es como la virginidad: existe o no. No hay medias tintas posibles".(32)

## II

### La autonomía universitaria y la enseñanza de la medicina

Especialistas en educación médica reconocen que la práctica médica, la formación del personal de salud y la producción, selección y distribución de conocimientos están ligadas a la transformación histórica del proceso de producción económica. Pero advierten que esta relación no implica una determinación casual simple, pues estas instancias del quehacer médico conservan cierta autonomía, tal como sucede, según vimos antes, con todo el subsistema de educación superior.(33) Esta autonomía relativa permite a las Facultades de Medicina diseñar sus planes de estudio de manera que sus graduados no sean simples servidores del sistema sino agentes de su transformación. Que lo logren dependerá de muchos factores, pero lo que es importante señalar aquí es la posibilidad que tienen las Facultades de Medicina de intentarlo, es decir, que existe, aún aplicando el método estructural, un espacio libre de la determinación de la estructura económica, que permite diseñar una educación médica concientizadora y liberadora, aún en nuestras actuales sociedades. "Hablar entonces de autonomía universitaria y la enseñanza de la medicina, sostiene en su contribución para este tema la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la UNAM, es analizar los factores de la relación entre las Facultades y Escuelas de Medicina y el Estado, que inciden en el proceso de formación de recur-

*... sos humanos para la salud, en el que por un lado la universidad tiende a repetir y reproducir los modelos de ejercicio profesional vigentes al inculcar los condicionamientos psicosociales establecidos y, por otro lado, su relativa autonomía le permite señalar caminos para el cambio social a través de dotar al futuro profesionalista de capacidades óptimas, de entrenamiento para la crítica y la creatividad y, en general, transmitirle el desarrollo de autonomía del pensamiento que le permita plantearse alternativas en su ejercicio profesional y en su posibilidad de ser útil a sí mismo, a su familia y a su patria en general”.*

En el relato final de la Mesa Redonda sobre “*Características de la Educación Médica en América Latina*”, celebrada con motivo de la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina (Quito, noviembre de 1973), el doctor Pablo Carlevaro dice que “*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*”.(34)

La consagración jurídica formal de la autonomía universitaria no es suficiente para que las instituciones de educación superior actúen en realidad con independencia del sistema y siembren en sus graduados las semillas para su transformación. Sobre las universidades, y por ende sobre las Facultades y Escuelas de Medicina, pesa toda una serie de condicionantes sociales que tratan de reducir su labor a la de simples abastecedoras del sistema. En el caso particular de las Facultades de Medicina, el modo de producción predominante en nuestros países las torna en formadoras de profesionales cuya práctica médica es primordialmente la conservación y adaptación de la salud de la fuerza de trabajo, con miras a elevar su nivel de productividad. Pero gracias a su autonomía relativa, la educación médica puede orientarse en un sentido distinto del determinado por la práctica médica. Así, Juan César García, en su conocida obra sobre la educación médica en América Latina, nos dice que mientras el modo dominante de producción de servicios en una economía de

mercado necesita médicos especializados, las Escuelas de Medicina siguen manteniendo como objetivo la formación de un médico general. *"Esta situación se complica cuando los seguros sociales tratan de expandir la cobertura hacia los grupos menos privilegiados, surgiendo de esta forma una demanda de una mayor cantidad de médicos generales. La escuela de medicina (la enseñanza médica, decimos nosotros) se convierte así en el centro de los conflictos que ocurren en la práctica médica".*(35)

La educación médica, como toda la educación superior, se enfrenta al dilema de formar profesionales que refuercen el sistema o de formar universitarios que contribuyan a su cambio. Se trata, en otras palabras, de diseñar la educación superior en función de los requerimientos del mercado o bien en función de las necesidades sociales, según que prevalezca un criterio de funcionalismo económico o de servicio a las verdaderas necesidades de la sociedad, las instituciones de educación superior, señala Latapí, resuelven de hecho un dilema a favor del funcionalismo económico y continúan ofreciendo carreras congruentes en el mercado de trabajo existente. No tiene sentido, se dice, y en cierta forma es verdad, preparar a los estudiantes para empleos que no existen; y así, inexcusablemente las instituciones universitarias refuerzan el "sistema", pese a todas sus declaraciones en contrario. *"Las universidades tienen que afrontar esta contradicción de una manera responsable. De poco ayudan las posiciones extremas -la adaptación funcionalista al mercado del empleo 'porque es el único que existe', o el esperar todo de un cambio revolucionario. Pocas son quienes, superando la simple toma de posición ideológica estudian analíticamente los condicionamientos reales del problema; más pocas aún las que intentan soluciones operativas".*(36) Para superar esta contradicción o dilema Latapí formula varias proposiciones, que nosotros suscribimos: a) Las universidades debieran tomar en cuenta, en el diseño de sus carreras, que las profesiones son estructuras sociales. El plan de estudios debiera incluir elementos para que los futuros profesionales comprendieran qué papel cumple su profesión en la sociedad más amplia. *"En nada obsta al compromiso social de la Universidad procurar que sus planes de estudio en sus materias técnicas, correspondan a las necesidades de la producción, siempre y cuando esas necesidades se enmarquen en una visión integral de la sociedad y de sus posibilidades reales de cambio";* b) Las universidades debieran fomentar en los estudiantes un sentimiento crítico no sólo sobre la sociedad en general, sino sobre la relación que guarda su profesión con la estructura social del país. Esto tiene mucho que ver con el estímulo de la conciencia crítica; c) La formación de un profesional responsable de-

biera incluir el estudio de las posibles reformas que, dentro de los márgenes del sistema, pueden contribuir a reforzar procesos deseables de cambio tecnológico, económico y social; d) El currículum profesional debería incluir el estudio de las maneras cómo, en ese campo de actividad, es posible generar empleo y abrir nuevas fuentes de trabajo; e) Las universidades deberían adelantarse a crear carreras destinadas a satisfacer necesidades sociales objetivas, aunque no exista aún "mercado" para ellas, sobre todo cuando se trata de carreras importantes para los cambios sociales; f) Las universidades debieran abrir en algunas de sus carreras opciones alternativas, para estudiantes voluntarios que quisieran experimentar un concepto distinto de su profesión y al ejercicio de ésta, orientando sus servicios a satisfacer las necesidades básicas de las poblaciones marginadas.

Lo anterior confirma la importancia de las Ciencias Sociales y de la Conducta en el currículum para la enseñanza médica y refuerza la propuesta que en otras oportunidades hemos hecho, acerca de la conveniencia de que todo graduado universitario participe, como requisito obligatorio, en un seminario interdisciplinario sobre su realidad nacional, a fin de familiarizarlo con los distintos aspectos de la problemática social donde le tocará actuar y sobre el aporte de su profesión al proceso de cambio. También confirma la importancia que tienen las experiencias destinadas a 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 directo con la colectividad y sus problemas. De igual manera resultan del mayor interés los esfuerzos que se están llevando a cabo para diseñar planes de estudios integrales, de acuerdo con las tendencias modernas que se advierten en la enseñanza médica, y que *"se caracterizan por propender a la unificación de objetivos (unidad), por abarcar todos los componentes del saber y la formación del médico (integralidad), por movilizar concurrentemente el aporte de todas las disciplinas (interdisciplinarietà), 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"*.<sup>(37)</sup>

Lo que de manera general afirmamos en la primera parte de esta ponencia acerca de la necesidad de que la autonomía universitaria no provoque el divorcio o el aislamiento entre la Universidad y la sociedad, es apli-

cable al caso de la enseñanza médica. No cabe, en razón de la autonomía, que las Facultades y Escuelas de Medicina ignoren los planes nacionales de salud, ni la situación de las demandas de recursos humanos para la salud que esos planes involucran. Estos serán elementos a tomarse en cuenta a la hora de diseñar los currícula, aunque estos no deberán ser una simple respuesta a tales elementos, sino a objetivos más generales que, trascendiéndolos, guardan relación con los grandes objetivos nacionales y sociales.

La autonomía, en los términos que la hemos conceptualizado en esta ponencia, es indispensable para una buena enseñanza de la medicina, especialmente para formar médicos dispuestos a contribuir con el proceso de transformación. Pero no debe ser un obstáculo que separe los programas de enseñanza de los demás programas que integran los servicios de salud, a través de los cuales puede lograrse que los estudiantes adquieran una rica experiencia en contacto con los problemas reales del sector salud, experiencia que ayudará a fortalecer en ellos la apreciación crítica del sistema que genera esos problemas y la necesidad impostergable de cambiarlo.

\*Ponencia Oficial del Tema III, con el mismo nombre en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, a celebrarse los días del 26 al 31 de agosto de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

\*\*Ex-rector de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y ex-presidente de la UDUAL. Actualmente director del Programa Centroamericano de Desarrollo Científico y Tecnológico de la Confederación Universitaria Centroamericana (CSUCA).

(1) "Los griegos y los romanos, aunque parezca extraño, no tuvieron universidades en el sentido en el cual la palabra ha sido usada en los últimos siete u ocho siglos. Ellos tuvieron educación superior, pero los términos no son sinónimos. Mucha de su instrucción en leyes, retórica y filosofía sería difícil de superar, pero no estuvo organizada en instituciones permanentes de enseñanza". Charles Homer Haskins, *The Rise of Universities*, New York, 1959, pp. 1 y siguientes.

(2) "Es difícil, aún para el mundo moderno, darse cuenta que muchas cosas no tienen fundador o una fecha precisa de aparición, sino que simplemente brota, emergiendo lenta y silenciosamente sin una historia definida. Esto explica por qué, a pesar de todas las investigaciones del padre Denifle y de Hastings Rashdall, y de los anticuarios locales, los orígenes de las más antiguas universidades son oscuros y a menudo inciertos, debiéndonos contestar algunas veces con declaraciones muy generales". Charles Homer Haskins. *Op. cit.*, p. 4.

(3) Véase Ataliva Amengual S., "Reflexiones sobre la fundación de la Universidad", publicadas en la revista *Estudios Sociales* No. 16, trimestre 2, 1978. Corporación de Promoción Universitaria, Santiago de Chile, pp 9 a 43.

(4) El afán de saber qué caracterizó a este período histórico tuvo tal importancia que los historiadores suelen hoy en día referirse a él como "el renacimiento del siglo XII". Véase Charles Homer Haskins, *op. cit.*, p. 4. "Entre 1100 y 1200 invade a Europa un nuevo saber. A través de Italia y Sicilia, pero sobre todo a través de España, se difunden las obras de Aristóteles, Euclides, Ptolomeo, los olvidados textos del Derecho Romano, los escritos médicos de los griegos y la matemática de los árabes. Esta ola de ciencia redescubierta inunda muy pronto las escuelas de las catedrales y monasterios y provoca una verdadera conmoción en los espíritus". Pablo Latapi, "El origen de la universidad medieval", en *Educación nacional y opinión pública*. Centro de Estudios Educativos, México, D.F., 1965, pp. 154 a 158.

(5) Ataliva Amengual: *op. cit.*

(6) Célebre es la definición de Estudio que Alfonso X el Sabio, incluyó en las *Partidas*, Ley I, Título XXXI, de la Partida II y que textualmente dice: "Estudio es ayuntamiento de maestros et escolares que es fecho en algún lugar con voluntad et con entendimiento de aprender los saberes. Et son dos maneras dél; la una es a que dicen 'estudio general'... debe ser establecido por mandato de Papao de Emperador o Rey. La segunda manera es a que dicen 'estudio particular'; que quier tanto decir como cuando algunt maestro amuestra en alguna villa apartadamente a pocos escolares; et al como se puede mandar facer Prelado o Consejo de algunt lugar". Francisco Giral observa que, por consiguiente, el "Estudio General" fundado por Papa, Emperador o Rey, viene a ser el antecedente de una universidad nacional, mientras que el "Estudio particular" corresponde a las actuales universidades estatales (en países de régimen federal), provinciales, municipales o privadas. "Orígenes históricos de las universidades", en *Universidades* No. 56, abril-junio de 1974, pp. 81 a 84.

(7) "Parece que es en la Escuela Benedictina de SALerno -no obstante su destacado influjo árabe- donde se emplea por primera vez el nombre "Universidad", pero la escuela desaparece a fines del siglo XIII. Es en Oxford, en 1252, donde se utiliza en la forma *Statuit Universitas Oxoniensis*, lo que lleva pocos años después a constituir el *University College*, uno de los tres primeros típicos de la organización inglesa. En París se usa en 1254 para designar el conjunto de escuelas, no el de maestros, hasta que en 1261 se emplea *Universitas Parisienis*. Acaso la primera vez que en lengua española se hace mención de "la universidad de los

*maestros y de los escolares del estudio*" es en una carta del rey Alfonso X -cuando se titulaba rey de Castilla, de León, de Toledo, de Galicia, de Sevilla, de Córdoba, de Murcia, de Jaén y del Algarve- dirigida a los "*conservadores de mi Estudio de Salamanca*" (algo así como el Consejo Universitario o la Junta de Gobierno) para ratificar los privilegios concedidos anteriormente por su padre, mandando a los alcaldes de Salamanca que ayuden a su cumplimiento. La carta está fechada en Alcalá el 1 de enero de 1314. Probablemente en todo el siglo XIII no se menciona oficialmente la palabra "*universidad*". Salvo mejores precisiones de los historiadores, podemos decir que ese nombre de "*universidad*" no aparece, al menos en lengua española, hasta los primeros años del siglo XIV; durante el siglo XIII, el primero de la vida universitaria, no se emplea otra denominación sino "*estudio*". Francisco Giral, *op. cit.*

(8) Se afirma que con este sentido se usó por primera vez en el documento de fundación de la Universidad de Tübingen en 1477.

(9) "*Cuando en 1274 la turbulencia de los estudiantes de Bolonia y su desprecio por las autoridades y las leyes ciudadanas se convierten en un peligro para el orden de la ciudad, ésta, sin embargo, rechaza la propuesta de abolir los privilegios estudiantiles para no provocar una emigración en masa, que podría significar la muerte del estudio boloñés*". Rodolfo Mondolfo, *Universidad: pasado y presente*, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1966, p. 23.

(10) "*El nacimiento de la Universidad de Bolonia, al comienzo del siglo XII, responde a una necesidad creada en la Italia de la época por la incesante superposición de las leyes introducidas por la sucesivas invasiones de los bárbaros. Se había producido una confusión tan grande que se decía haber tantas leyes cuantas casas diferentes... Conceptos jurídicos firmes podía darlos tan solo la tradición del ius romanum, conservada en los colegios de juristas de Pavia, Pisa y especialmente de Ravena... Pero en 1106 Bolonia se separó de Ravena y entonces debió procurarse los libri legales y convertirse en centro de estudios jurídicos... El iniciador de la escuela de comentaristas (glossatores) del derecho romano fue Irnerio. Con él y toda su escuela hasta Accursio, autor de la Glossa magna, Bolonia adquiere su renombre mundial de legum mater, y lo consolida con Graciano*". Rodolfo Mondolfo, *op. cit.*, pp. 15 y 16.

(11) Roma salió en defensa de Oxford, acosada por Enrique III y obligó a San Luis, Rey de Francia, y a Blanca de Castilla a respetar la autonomía de la Universidad de París.

(12) José Medina Echavarría, *Filosofía, Educación y Desarrollo*, Siglo XXI Editores, primera edición, México, 1967, pp. 154 y ss.

(13) "*Ha habido épocas, nos dice Julián Marias, en que la universidad ha coincidido aproximadamente con la vida intelectual; en otras, por el contrario, ha sido sólo una componente parcial de ella, y lo más vivo y creador del pensamiento ha ocurrido a su margen*"... "*Lo primero ocurre, como es notorio, en la Edad Media, sobre todo en los siglos XII y XIV*"... Otro es el caso entre mediados del XV y más que mediado el XVIII. En este tiempo, las universidades quedan resueltamente relegadas a un segundo plano, lo más sustantivo de la ciencia europea se gesta en otros mundos. Santo Tomás, San Alberto Magno, Duns Escoto, Ockana -las figuras máximas del tiempo- habían sido docentes universitarios. No lo son, en cambio Nicolás de Cusa, Erasmo, Giordano Bruno, Copérnico, Galileo, Descartes, Malebranche, Spinoza, Leibniz, Pascal, Bacon, Locke, Berkeley, Hume, Voltaire, d'Alembert, Rousseau. Todavía lo son Vitoria y Suárez, porqué pertenecen

a la forma medieval del saber y de la ciencia, aunque sus problemas y sus contenidos sean modernos en buena parte. Las cosas vuelven a cambiar. Tal vez la variación se inicia con Wolf, el nuevo escolástico. Después sí: los grandes creadores del pensamiento suelen ser profesores de Universidad: Kant, Fichte, Schelling, Hegel, Dilthey, Brentano, hasta Husserl y Bergson -para hablar sólo de la filosofía, sin esfuerzo se podría ampliar la lista en las restantes disciplinas-; los que no son universitarios están literalmente "*desplazados*"; así Schopenhauer, Comte o Kierkegaard. Desde fines del siglo XVIII hasta los comienzos del nuestro, la ciencia se hace en las universidades". Julián Marías, "*La universidad, realidad problemática*", en *La universidad en el siglo XX*, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, 1951, pp. 319 a 332.

(14) Germán W. Rama, *El sistema universitario en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1970, pp. 195 y 196.

(15) Luis Galdames, *La Universidad Autónoma*. Imprenta Borrásé, San José, 1935, pp. 83 a 85.

(16) Risieri Frondizi, *La universidad en un mundo de tensiones*, Paidós, Buenos Aires, 1971, p. 276. "*Aunque estrechamente vinculados, autonomía y libertad de cátedra deben distinguirse, lo que a menudo no se hace. La libertad de cátedra hace relación a la libertad del profesor de comunicar su enseñanza -y quizás en un marco más amplio- los resultados a que ha llegado por sus estudios y sus reflexiones -según la fórmula de Sir Hector Hetherington- y no necesariamente está unida a la autonomía, que implica relación entre la institución y el Estado. Dicho en otra forma, pueden existir universidades -como las francesas- en las cuales no existe autonomía y, sin embargo, existe una irrestricta libertad docente. En tanto que algunas universidades autónomas nacionales pueden limitar la libertad de cátedra -por muchos medios directos e indirectos- por prejuicios políticos, y algunos centros privados totalmente autónomos, pueden también hacerlo por motivos semejantes. En todo caso es necesario indicar que la libertad académica tiene su origen en el carácter propio de la universidad, y que debe ser preservada de limitaciones por motivaciones dogmáticas, políticas o de intereses del poder público*". Jorge Mario García Laguardia, *La Autonomía Universitaria en América Latina - mito y realidad*, UNAM, México, 1977, p. 24.

(17) "*Si mis esperanzas se realizan, decía Napoleón ante el Consejo de Estado en 1810, yo deseo encontrar en este cuerpo una garantía contra las teorías perniciosas y subversivas del orden social en un sentido o en otro. Siempre se ha dado en los estados organizados un cuerpo destinado a reglamentar los principios de la moral y de la política. Tal ha sido la Universidad de París y después la Sorbona*".

(18) Creada por el Cardenal Cisneros sobre el esquema del Colegio Universidad de Sigüenza y autorizada por bula pontificia, la preocupación central de la Universidad de Alcalá fue la Teología, materia que hasta en épocas posteriores ocupó lugar relevante entre los estudios salmantinos. Su organización correspondió más bien a la de un "*convento-universidad*", donde el prior del convento era a la vez rector del colegio y de la universidad, circunstancia que le aseguraba una mayor independencia del poder civil. El modelo de Alcalá se avenía mejor a la estrategia misionera de la "*conquista espiritual*" de las órdenes religiosas y a sus pretensiones de poder temporal. De esta suerte, el paradigma alcalaíno fue el preferido para las fundaciones universitarias de dominicos, jesuitas y agustinos: en cambio, el salmantino lo fue para las universidades "*reales*", "*imperiales*" o "*públicas*", como las de Lima y México, antecedentes de las "*universidades nacionales*".

- (19) Tal fue el criterio de la II Conferencia Latinoamericana de Extensión Universitaria y Difusión Cultural (México, febrero de 1972), que incluyó entre sus proposiciones generales una dirigida a la UDUAL, para que este organismo incluya en sus planes de trabajo *'la necesidad de elaborar un concepto dinámico de autonomía que considere la participación cada vez mayor de la universidad en el proceso de transformación'*. Véase Memoria de esta Conferencia publicada por la UDUAL bajo el título: *La Difusión Cultural y la Extensión Universitaria en el cambio social de América Latina*, México, 1972, p. 484.
- (20) Darcy Ribeiro, *La Universidad Peruana*, Ediciones del Centro de Estudios de Participación Popular, Lima, 1974, p. 51.
- (21) *"Dicen los axiólogos que la conversión injustificada de los valores-medios en valores-fines lleva el nombre de aberración estimativa: todos los vicios corresponden a semejante fórmula"*. Roberto Munizaga Aguirre, *La Universidad Latinoamericana*, (mimeografiado), UNESCO, 1962.
- (22) UNESCO, *Enfoques y metodologías para el desarrollo de la educación*. Resultados de la experiencia del Proyecto UNESCO-CHI-29, Ministerio de Educación, Santiago, 1975, p. 15.
- (23) Para Louis Althusser, como se sabe, el sistema educativo, o *"Aparato Ideológico Escolar"*, es uno de los *"Aparatos Ideológicos del Estado"*. Véase también de Tomás a Vasconi, *Ideología, lucha de clases y aparatos educativos en el desarrollo de América Latina*, Editorial Latina, Bogotá, 1975.
- (24) Pablo Latapí, *"Universidad y Sociedad: Un enfoque basado en las experiencias latinoamericanas"*. Ponencia presentada a la Reunión latinoamericana y del Caribe sobre Nuevas Formas de Educación Postsecundaria, Caracas, 20 al 27 de septiembre de 1976. Reproducido en *Universidades*, No. 66, UDUAL, México, octubre-diciembre de 1976, pp. 880 a 912.
- (25) Germán W. Rama, *op. cit.*, pp. 197 a 200.
- (26) *"En las condiciones generalmente imperantes en América Latina lo que puede llamarse la tragedia de la autonomía es que la universidad es una presa demasiado codiciada y que cuando se afirma frente a unos es para caer en manos de otros y viceversa. Lograr que la universidad sea la "universidad participe" y no la "universidad enclaustrada" ni la "universidad militante", según la excelente fórmula de Medina Ecavarría, es un ideal tan discutible como difícil de alcanzar. La universidad al servicio de la sociedad entera, la universidad como conciencia espiritual y crítica de la nación no puede realizarse sin la autonomía; pero en América Latina ésta es mucho más aparente que real, más el producto de un pacto siempre amenazado entre grupos que tratan de arrastrar a la universidad en sentido contrario que de una convicción profunda respecto a la necesidad de una comunidad académica verdaderamente libre hacia todos los horizontes"*. Aldo E. Solari, *Estudiantes y política en América Latina*, Monte Avila Editores, C.A., Caracas, 1968, pp. 47 a 49.
- (27) Véase Memoria de esta Conferencia citada en nota 19
- (28) Jacques Torfs, *"La universidad promotora del cambio social"* Ponencia presentada a la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Planeamiento Universitario. Ver Memoria publicada por la UDUAL, México, 1970, p. 209.
- (29) *La Política Científica en América Latina*, UNESCO, 1971, No. 29, p. 61.

- (30) Ver James A. Perkins, *La universidad en transición*, Manuales UTEHA, México, 1967.
- (31) Luis Manuel Peñalver, "Autonomía universitaria y planificación", en *Autonomía, Planificación, Coordinación, Innovaciones: perspectivas latinoamericanas*. Editores Ana Herzfeld, Bárbara Ashton Waggner y George Waggner, Lawrence, Kansas, 1972.
- (32) Luis Alberto Sánchez, *La universidad actual y la rebelión juvenil*, Losada, Buenos Aires, 1969, p. 260.
- (33) Véase al respecto Juan C. García, *La Educación Médica en la América Latina*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, No. 255, 1972, p. 397.
- (34) Véase Memoria de la Conferencia publicada por la UDUAL bajo el título *El Médico que América Latina necesita*, México, 1975, pp. 215 a 225.
- (35) Juan C. García, *op. cit.*, p. 396.
- (36) Pablo Latapí, "Algunas tendencias de las Universidades Latinoamericanas Problemas Seleccionados y Perspectivas". Documento para el Seminario *Nuevas tendencias y responsabilidades para las universidades en Latinoamérica*, auspiciado por la UNESCO-AIU-UDUAL y UNAM, México, D.F., 28 de agosto-1o. de septiembre de 1978.
- (37) Pablo V. Carlevaro, Relato final de la Mesa Redonda sobre "Características de la Educación Médica en América Latina", etc.

Cuarta Sesión Plenaria

Viernes 5 de octubre, 1979

9.00 hs.



UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

Ponencia Oficial

TEMA III:

LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA  
DE LA MEDICINA

Por Edgardo Henríquez Frodden (Chile)

Universidad Autónoma de Puebla  
Escuela de Medicina  
Puebla, México

Ediciones UDUAL  
México, 1979



# LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA '

Por Edgardo Henríquez Frodden '

La Comisión Organizadora de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina y la Secretaría General de la UDUAL, me han hecho el honor de asignarme el carácter de Ponente Oficial para el Tema III a considerarse en ella: *Autonomía Universitaria y Enseñanza de la Medicina*.

Antes de entrar en materia, estimo necesario hacer una aclaración. Para mí, la autonomía tiene que ser considerada como una sola y general para toda la Universidad. No puede regir únicamente para determinadas escuelas o para la enseñanza de una exclusiva profesión, medicina en este caso.

Según mi entender, la intención de los organizadores de la Conferencia ha sido exactamente la misma, aunque, seguramente para ordenar la exposición y el debate, han creído necesario enfocar la Autonomía bajo el punto de vista de sus relaciones con la enseñanza de la medicina.

Por tanto, cada vez que en el curso de esta ponencia hable de autonomía, me estaré refiriendo a ella en general, como una condición que afecta a toda la universidad y no exclusivamente a alguna Escuela en especial.

Dividiré mi trabajo en dos partes. En la primera, me ocuparé de la autonomía universitaria y en la segunda, de la enseñanza de la medicina, bajo un régimen de autonomía, desde luego.

Por razones obvias, no podré analizarlas en todos los países.

## PRIMERA PARTE

### Autonomía universitaria

#### 1. *Introducción*

Un antiguo y excelente profesor de Clínica, solía decir que, cuando para una misma y determinada causa o situación, había muchas explicaciones, recomendaciones o tratamientos, significaba que ninguna de ellas era suficientemente buena.

Si revisamos la historia y recordamos nuestra propia experiencia, podremos, cuando menos para numerosos casos médicos, rectificar esa afirmación tan amplia y categórica del maestro. Ha sucedido a menudo que,

entre esas muchas recomendaciones y remedios, había algunos realmente eficaces, pero que no habían sido suficientemente conocidos, o se los había olvidado, o se habían desprestigiado por mala aplicación, en dosis inadecuadas o en el tratamiento de afecciones para las cuales no tenían, en verdad, acción alguna. Tal ocurrió, por ejemplo, con ciertos antibióticos que pasaron años sin ser utilizados -con el correspondiente desperdicio de vidas que es fácil imaginar-, o con la Vacuna de Calmette-Guerin que, por décadas, nadie se atrevió a usar después de una desgraciada experiencia muy publicitada, debido a que se supo más tarde, a contaminación (¿casual o criminal?) de la cepa empleada en esa ocasión con gérmenes virulentos de tuberculosis que produjo la muerte de numerosos niños vacunados.

La gran cantidad de estudios, artículos, discursos, comentarios, congresos, mesas redondas, seminarios, etc., que en los últimos tiempos se han hecho, pronunciado, publicado, organizado y realizado en torno al problema de la autonomía universitaria, me ha traído a la memoria esa afirmación de mi profesor de Clínica Médica.

¿Qué ocurre con la autonomía que, todavía, en el último cuarto del siglo veinte, los universitarios tenemos que estar ocupándonos de ella para defenderla en forma tan insistente y con tanta frecuencia? ¿Es que esa abundante oratoria y literatura empleadas a que nos referíamos hace unos instantes, no ha servido para nada?

Cual las infusiones, cataplasmas, sinapismos, purgantes drásticos, puntos de fuego, ventosas escarificadas, sangrías repetidas, etc., cuanto se ha dicho y hecho en favor de la autonomía ¿debe ser desechado, olvidado, enviado al archivo para uso de historiadores o, sencillamente, al canasto de papeles inútiles?

Mencionar tan sólo tal posibilidad, nos escandaliza y nos irrita. Agresivamente, nos pondríamos de pie para evitarlo.

No obstante, estamos ante un hecho real: la autonomía no existe en muchísimas Universidades y en otras, lo que hay es apenas un remedo de ella, con tantas limitaciones y condiciones como ocurre a la democracia "con apellidos" que proclaman los dictadores. Sólo por excepción, encontramos universidades realmente autónomas, no sólo en América, sino también en el resto del mundo.

Resulta sumamente penoso constatar que, a este respecto, la situación fue mucho mejor en el pasado. Las universidades chilenas, por ejemplo, gozaban de autonomía total, reconocida por la Constitución Política del Estado, las académica, económica y administrativa, y por Ley de la Re-

pública, la territorial. A partir del 11 de septiembre de 1973, la perdieron totalmente en el curso de pocas horas. Bastaron dos o tres decretos leyes, firmados por cuatro hombres de uniforme -no elegidos por la ciudadanía, ninguno de los cuales había asistido, tampoco, jamás, a una sola clase universitaria-, para que quedara anulado todo lo que había sido construido en muchas décadas de estudio y de trabajo por educadores y estadistas de reconocido prestigio internacional.

Situaciones semejantes se han producido en otras repúblicas hermanas de Latinoamérica.

Ante este hecho real, tan penoso y lamentable, tenemos que reiniciar con urgencia estudios serios, concienzudos, metódicos, profundos, científicos, sobre qué es lo que ha ocurrido y qué debemos hacer para recuperar y perfeccionar la autonomía universitaria.

Tenemos que empezar por preguntarnos: ¿es la autonomía una utopía? ¿Se trata de algo irrealizable o, al menos, impracticable? ¿Es peligrosa para la vida universitaria o para los países donde se la ha establecido?

Si, como creemos, firmemente, es, por el contrario, una condición indispensable para el correcto cumplimiento de las delicadas y trascendentales funciones de la universidad, ¿por qué la perdimos?: ¿es que no supimos defenderla?; ¿cuáles fueron nuestros errores?

Sin lugar a dudas, cuando menos en el caso de Chile, hubo bastante responsabilidad nuestra, es decir, de quienes habíamos conseguido la autonomía, no ya reconocida por tradición o por un decreto no bien explicado, sino que a nivel constitucional y legal. Por diversas acciones u omisiones, no supimos defenderla adecuada y oportunamente. Tampoco evitamos su desprestigio por mal uso que de ella hicieron, a veces, elementos juveniles que la apoyaban, y, con más frecuencia, reaccionarios interesados en presentarla como impracticable o perjudicial para el trabajo universitario en orden y armonía.

¿Defenderla? ¿De quiénes? ¿Se puede concebir que una condición esencial para la vida, progreso y labor correcta y fructífera de una institución tan fundamental para el desarrollo y bienestar de los pueblos, como son las universidades, pueda tener enemigos que mediante ataques frontales o encubiertos pretendan anularla?

Desgraciadamente, así ocurre. Aunque pueda parecer extraño, la autonomía, es más, las universidades mismas, tienen enemigos declarados, ocultos o disimulados.

La importancia que las universidades tienen en el futuro de los pueblos;

la audiencia de que gozan; las posibilidades e incluso, el poder que dan a quienes en ellas trabajan, estudian, investigan o imparten docencia; su capacidad no discutida de despertar inquietudes justas, profundas, realizables, entre los jóvenes en general y el pueblo mismo, en cuanto dice relación con lo social, lo político y lo económico de los países, especialmente en aquellos que están en desarrollo, explican sobradamente el interés demostrado por ciertos individuos o determinados círculos u organizaciones, de dominarlas, dirigirlas, orientarlas o limitarlas. Desean que actúen de acuerdo a los intereses de esos individuos, círculos u organizaciones, intereses que no siempre, por no decir nunca, están de acuerdo con los de la humanidad en general.

Las minorías privilegiadas y sus servidores e incondicionales, saben que las universidades son un vigoroso instrumento de poder que no puede quedar en manos de las mayorías nacionales, pues serían peligrosas.

Como, salvo en casos excepcionales -siempre muy mal vistos por la opinión internacional-, es posible cometer la torpeza de clausurar una universidad completa, sus enemigos o quienes pretenden controlarlas en su beneficio, usan métodos menos llamativos, pero muy efectivos. Les limitan el presupuesto; anulan o restringen sus autonomías; designan incondicionales -a menudo carentes de preparación y antecedentes-, en los cargos directivos e incluso docentes; cierran escuelas e institutos que les son particularmente molestos o cuyos egresados pueden llegar a ser peligrosos para sus intereses; despiden miles de profesores, investigadores y alumnos progresistas; establecen la censura para la investigación, para los libros y revistas de las bibliotecas o que puedan ser importadas; suprimen totalmente la libertad de cátedra, de asociación, de reunión, de expresión, a los profesores, alumnos y empleados; organizan servicios de espionaje y delación; crean cursos obligatorios de pseudo seguridad nacional; pagan plumarios o serviles ex "*personajes*" para que, desde la prensa o como sus representantes en los organismos internacionales, nieguen cínicamente todos los cargos que se les hacen, incluso con pruebas irrefutables, y defiendan y proclamen a los cuatro vientos las sólidas convicciones democráticas hasta de los dictadores más crueles y sanguinarios.

No han faltado argumentos a quienes han pretendido alejar o restringir la labor universitaria de sus elevados, humanitarios y trascendentes fines educacionales, científicos, culturales, sociales, artísticos y de investigación original y creadora.

No les faltaron, tampoco, en el pasado, a los que defendieron la esclavitud, a los que quisieron imponer una raza superior, a los que todavía pre-

tenden justificar el "*apartheid*". No sintieron bochorno quienes, por decenios, se opusieron a la dictación de las leyes que establecían la Instrucción Primaria Obligatoria, el derecho a la salud, el Código del Trabajo, la legislación y previsión social, etc., etc.

Establecido el hecho de que las universidades y su autonomía tienen enemigos, explicado el por qué de su despreciable acción, en conocimiento de lo ocurrido a las Universidades de Chile, Uruguay, Argentina, Paraguay, Brasil, Bolivia, Nicaragua, etc., etc., nos corresponde iniciar, de inmediato, el estudio que proponíamos sobre lo que se debe hacer frente a tan penosa situación.

Como muchos de los que aquí me escuchan son médicos, podríamos decir que hemos hecho el diagnóstico. Debemos decidir ahora el camino a seguir para devolver a nuestras Casas de Estudios Superiores el estado de "*salud*" integral que deben poseer para que puedan cumplir cabalmente sus importantísimos objetivos.

¿Cuál es ese camino? ¿Cuál el tratamiento que proponemos?

Nos asiste la más absoluta certeza de que, hasta el momento, no se ha propuesto nada mejor que la autonomía para que las universidades puedan volver a una vida de trabajo, de progreso efectivo y permanente. Ella, la autonomía, sigue siendo el tratamiento de elección.

Por tanto, nuestro deber es luchar porque se la aplique sin dilación, sin vacilación alguna, pero cuidando, eso sí, que no se cometan errores por defecto o por excesos, que no se vuelva a menospreciar a los enemigos, que se obtenga el apoyo y cooperación de todos los sectores de la ciudadanía que pueden y deben influir en la recuperación rápida y total de nuestras universidades gravemente enfermas.

En esto de solicitar la cooperación de otros sectores, mucho temo que hayamos sido negligentes. En general, cuanto se ha dicho y hecho en favor de la autonomía, ha estado dirigido a los universitarios e intelectuales. El pueblo, las organizaciones de trabajadores, incluso muchos partidos políticos, se han ocupado muy poco o nada de la importancia que ella tiene en la labor universitaria, como si ésta no pesara tan decisivamente en el desarrollo, progreso, porvenir y bienestar de los pueblos. Sin exagerar, podríamos decir que, frente a la autonomía, se ha actuado en este sentido en forma tan equivocada e inoperante, como lo sería hacer una campaña entre los médicos para convencerlos sobre las ventajas de ciertas medidas higiénicas en el cuidado de la salud. Basta leer lo que el pueblo y sus representantes solicitan a las autoridades en toda Latinoamérica, y lo que, en general, ofrecen los candidatos en sus programas.

No me ha cabido en suerte ver nada sobre autonomía universitaria. NO me cabe duda alguna de que ésta debe ser incorporada a las aspiraciones exigidas por las mayorías, máxime cuando hoy día las juventudes y los padres saben que, tarde o temprano, todos los que lo deseen y posean las condiciones intelectuales requeridas, van a tener abiertas las puertas de la educación universitaria.

Nuestra lucha no debe limitarse solamente a obtener la autonomía para aquellas universidades oprimidas por dictaduras latinoamericanas. Existen otras que, por poseer una autonomía precaria, no han logrado todavía alcanzar el nivel superior de calidad y desarrollo a que, con justicia, pueden aspirar.

El día en que todas las universidades de América Latina estén trabajando libres y en paz, orientadas debida y eficientemente por los universitarios hacia los fines superiores que les son propios, se habrá iniciado en nuestro continente la construcción de ese mundo mejor en todos hemos soñado y por el cual tantos miles han dado su vida.

Es que el día en que eso ocurra, querrá decir que todos nuestros pueblos estarán gozando de una verdadera y total democracia. Autonomía universitaria, no es posible sin democracia. Y una democracia sólida y estable, descansa, necesariamente, en mayorías nacionales conscientes de sus deberes y derechos, instruidas, educadas, formadas, dentro de un sistema educacional amplio y libre en el cual, todas las universidades gocen de genuina y real autonomía.

Así como hay índices que permiten deducir el estado sanitario, económico, de producción, habitacional, y de bienestar alcanzado por los pueblos, así, el grado de autonomía de que gozan las universidades de un país, indica con bastante exactitud el nivel a que en él ha llegado la democracia.

Los gobiernos autoritarios, las democracias fuertes o nacionalistas, como les gusta llamarse a las dictaduras enmascaradas, lo primero que hacen es limitar o suprimir la autonomía universitaria, porque son los universitarios los primeros que reclaman y exigen el respeto a los derechos ciudadanos.

Es preciso, no obstante, que tengamos siempre presente que no basta que un gobierno exhiba una frondosa, completa y perfecta legislación sobre autonomía y derechos democráticos. *Lo que interesa es la forma cómo esas leyes se están cumpliendo y aplicando dentro de las fronteras del país.* Todas las dictaduras poseen o están redactando Constituciones muy perfectas, que en la práctica no sirven para nada, o los tri-

bunales de justicia carecen de independencia -aunque juran que la poseen amplia y total-, o la censura de prensa, la falta de parlamentos libremente elegidos, el silencio total impuesto a la oposición, o el terror a la ciudadanía implantado por los servicios represivos del Estado, impiden toda manifestación de protesta, toda exigencia de que se cumplan las disposiciones legales o constitucionales que, según los dictadores, están en plena vigencia.

Las familias de los 2 500 presos políticos desaparecidos en Chile, tienen larga y dolorosa experiencia sobre la forma cómo funciona el Poder Judicial en Chile, cómo los funcionarios mienten descaradamente, cómo se juega con el dolor de los padres, hermanos, hijos, esposas, novias de desaparecidos.

## 2. ¿En qué consiste la autonomía universitaria?

En su trabajo *"Orígenes Históricos de las Universidades"*,<sup>(1)</sup> el profesor Francisco Giral nos dice que, desde el comienzo, el Estudio General, como se llamaba entonces a la Universidad Nacional (siglos XII y XIII), *"tuvo sus privilegios que vienen a equivaler a una ley orgánica, o a una autonomía, si bien esta palabra con su sentido actual aparece en este siglo (1918) y en este continente (Córdoba, Argentina). Pero desde los primeros tiempos medievales, existían los privilegios que corresponden a la autonomía, aunque, lo mismo que ésta, discutidos y no acatados pues continuamente necesitan ser confirmados y reconfirmados"*.

En la Universidad de Salamanca, fundada en 1215, agrega el profesor Giral, no hubo un solo rey en los tres primeros siglos de vida de la universidad que no tuviera que intervenir con las autoridades de la ciudad, con los vecinos, caballeros, escuderos, etc., para que, manteniendo los privilegios, protegieran a sus maestros y escolares.

En el Archivo de la Universidad de Salamanca se conserva una carta del rey Alfonso X, fechada en noviembre de 1290 por la cual éste ordena al Concejo de la ciudad proteger a los profesores y estudiantes, invocando los privilegios concedidos por su padre Fernando III y por su abuelo, Alfonso IX, el fundador.

Por estimarlo de sumo interés, paso a copiar parte de esa carta real, que tomo del citado trabajo del profesor Giral:

*"...mando vos que guardedes y defendades a los maestros e a los escolares de Salamanca en su derecho e que non consintades que reciban fuerza nin tuerto de ninguna parte, e que les tengades e*

*les guardedes sus privilegios que han del Rey Dn. Fernando e de mi abuelo que confirmé yo, e ninguno no les pase a ellos en ninguna cosa, ca el que lo ficiese a el me tornaria por ello”.*

Etimológicamente, ser autónomo significa darse su propia ley. Desgraciadamente, cuando de autonomía universitaria se trata, se producen dificultades para llegar a una definición que satisfaga a todos. Precisamente por las razones que explicamos hace unos momentos cuando hablamos de los enemigos de las universidades y de la autonomía, las diferencias entre la forma cómo unos y otros la entienden, la autonomía suelen ir mucho más allá de simples matices o de interpretaciones. Existen aspectos en los que hay acuerdo, pero en otros, las discrepancias son de importancia. Veamos primero, la evolución que el concepto ha tenido en Chile. Después, veremos el caso de México.

La primera Ley Orgánica de la Universidad de Chile, promulgada el 19 de noviembre de 1842, estableció el predominio absoluto del gobierno en la dirección de la universidad y dio al presidente de la República un poder ilimitado en materia de enseñanza.<sup>(2)</sup> *“De tal manera que, por ley, el Presidente que constituyó en el patrono de la universidad y en vice-patrono, el Ministro de Educación.”* Se dice que esa ley fue elaborada en base a un proyecto de Andrés Bello.

Llama la atención, no obstante, que, en el discurso pronunciado por don Andrés Bello, primer Rector de la Universidad de Chile, en la ceremonia de instalación de la universidad, el 17 de septiembre de 1843, éste dijo lo siguiente: *“La universidad, señores, no sería digna de ocupar un lugar en nuestras instituciones sociales, si (como murmuran algunos ecos oscuros de declamaciones antiguas), el cultivo de las ciencias y de las letras pudiese mirarse como peligroso bajo un punto de vista moral o bajo un punto de vista político.”*<sup>(3)</sup>

El 9 de enero de 1879, se dictó la Segunda Ley Orgánica para la Universidad de Chile, en la que se limitó la influencia del gobierno en la marcha y organización interna de la universidad. En ella aparecen disposiciones que aseguran a los profesores universitarios *“completa libertad para exponer sus opiniones o doctrinas acerca del ramo que enseñaren”*.<sup>(4)</sup>

Se establece, así, en Chile, el comienzo de lo que se ha llamado después libertad de cátedra.

Esta ley permaneció en vigencia hasta el 8 de abril de 1927, cuando la primera administración del Presidente Carlos Ibáñez, dictó el decreto con Fuerza de Ley núm. 2327, que provocó la renuncia del rector de la Uni-

versidad de Chile y del Consejo Universitario, porque estimaron que el procedimiento era anti-democrático y violaba la autonomía universitaria.

El 20 de mayo de 1931, la misma administración del presidente Ibáñez, dictó el Decreto con Fuerza de Ley núm. 280 que, en su artículo núm. 2, establece: "*La universidad de Chile es persona jurídica de derecho público, goza de autonomía y su representante legal es el Rector.*"

Con un breve intervalo (junio de 1932-agosto de 1933), este Estatuto de 1931 siguió vigente hasta que, el 8 de junio de 1971, el presidente Salvador Allende promulgó la Ley del Estatuto Orgánico de la Universidad de Chile. En él hay varios artículos que se refieren a la autonomía. Copiaremos el núm. 4:

Art. 4. "*La Universidad de Chile garantiza a todos sus miembros dentro de cada una de sus estructuras y organismos, y a cualquiera dentro de su ámbito, la libre expresión y coexistencia de las diversas ideologías y corrientes de pensamiento, sin otra limitación que su ejercicio se sujete a normas de respeto mutuo.*"

"*Para este efecto, los recintos universitarios son inviolables y ninguna autoridad ajena a la corporación o sus representantes podrá ejercer sus atribuciones en ellos sin anuencia de la autoridad universitaria que corresponda.*"(5)

Poco antes de la promulgación de esta ley, que había sido aprobada por el Congreso Universitario Transitorio y por el Parlamento Nacional, el Congreso Pleno, cumplidos los rígidos y múltiples trámites exigidos por la Constitución, había aprobado modificaciones a la Carta relacionadas con las universidades.

"*Las Universidades Estatales y las Particulares reconocidas por el Estado, dicen esas Reformas Constitucionales, son personas jurídicas dotadas de autonomía académica, administrativa y económica. Corresponde al Estado proveer a su adecuado financiamiento para que puedan cumplir sus funciones plenamente, de acuerdo a los requerimientos educacionales, científicos y culturales del país.*"

"*El acceso a las universidades dependerá exclusivamente de la idoneidad de los postulantes, quienes...*"

"*El personal académico es libre para desarrollar las materias conforme a sus ideas, dentro del deber de ofrecer a sus alumnos la in-*

*formación necesaria sobre las doctrinas y principios diversos y discrepantes”.*

*“Los estudiantes universitarios tienen derecho a expresar sus propias ideas y escoger, en cuanto sea posible, la enseñanza y tuición de los profesores que prefieran.”<sup>(6)</sup>*

Entre 1931, cuando se dictó el Decreto con Fuerza de Ley núm. 280, que, en su artículo 2 se limitaba a decir que la universidad gozaba de autonomía, sin dar ninguna explicación que aclarara sus alcances, y la legislación promulgada por el presidente Allende en 1971, que establecía, a nivel constitucional y legal, la más amplia y perfecta autonomía universitaria, habían transcurrido cuarenta años y se habían producido en Chile cambios profundos, conquistados por el pueblo y los universitarios, muchas veces a costa de sangre y de persecuciones despiadadas e ilegales.

Triste es decirlo, pero no debemos callarlo. Gobiernos que se decían democráticos ordenaron estas persecuciones, apaleos y encarcelamientos. Su prensa adicta atacó en forma organizada, “*orquestada*”, llegando incluso a la mentira y la calumnia, a las autoridades universitarias, profesores, estudiantes y empleados no docentes que habían dirigido o participado en las luchas por la autonomía y por la Reforma Universitaria. Lo sé bien, porque como Rector de la universidad de Concepción en el período 1969-1973, fui víctima de esas persecuciones.

#### *La autonomía universitaria en México*

Sobre este punto, los doctores Rafael Gómez Gaitán, Mario Cárdenas Trigos y Víctor M. Hernández Reynoso, de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, “*UNAM*”, han presentado una completa ponencia, de la que los señores delegados deben poseer una copia. Por tal motivo, no entraré en repeticiones. En la segunda parte de esta Ponencia Oficial, al ocuparme de la enseñanza de la medicina, me referiré a algunos aspectos y opiniones de los doctores Gómez, Cárdenas y Hernández.

De acuerdo con las normas para los trabajos de esta XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, esta ponencia fue presentada con anterioridad al 31 de enero de 1979. Recibí una copia de ella el 9 de febrero próximo pasado. Por consiguiente, sus autores no pudieron referirse a hechos importantes ocurridos con posterioridad a esa fecha y que dicen relación con el problema que nos ocupa.

Debo, pues, referirme aunque sea sumariamente, a algunos de ellos.

**I.** Con motivo de celebrarse el cincuentenario de la autonomía de la Universidad Nacional de México, el recto de la UNAM y presidente de la UDUAL, doctor Guillermo Soberón, dirigió un mensaje a los miembros de la comunidad universitaria. En él se contienen algunos conceptos que debemos destacar:

*“La autonomía es parte de las luchas del pueblo mexicano por su libertad científica, por estar en capacidad de formar los profesionistas, técnicos e investigadores que su desarrollo requiere y por preservar, renovar y enriquecer su cultura, extendiéndola a los sectores más amplios de la población”.*

*“Con la autonomía, la universidad logró su independencia del gobierno”.*

*“La autonomía es parte inseparable de la universidad y uno de los logros más hermosos del país”.*<sup>(7)</sup>

**II.** A comienzos del presente mes de abril, se celebró en la UNAM, ciudad de México, un importante Seminario Intenacional sobre Problemas de la Legislación Universitaria. A él concurren 18 participantes extranjeros y mexicanos, todos ellos reconocidas personalidades universitarias, de América Latina, Estados Unidos, Inglaterra, Francia, España.

Paso a copiar algunas de sus conclusiones:<sup>(8)</sup>

*“La universidad, como comunidad espiritual y práctica al servicio de la cultura, la ciencia y la sociedad, requiere para su plena existencia y el logro de sus fines, el reconocimiento y vigencia del principio de autonomía. En este sentido, la garantía y protección debe obtener su máxima consagración legal en los ordenamientos constitucionales”.*

*“La universidad, por ser producto y parte de la sociedad, es simultáneamente centro de formación, de creación y difusión de la cultura, conocimientos e innovación, forjadora de valores, foro crítico de los problemas y opciones nacionales, y por ello resulta una institución social y políticamente comprometida”.*

*“Para la plena vigencia de la autonomía, las universidades requieren designación de sus autoridades, plena libertad para la elaboración de planes y programas de estudio, así como una adecuada asignación de los recursos financieros de acuerdo con los ordenamientos de cada país”.*

*"El compromiso social de la universidad y la garantía de su autonomía impone el deber de ejercicio responsable; en este sentido:*

*"a) La autonomía no equivale a soberanía, ni justifica la invocación de extraterritorialidad para la realización de actos contrarios a los intereses y objetivos de la universidad".*

*"b) El reconocimiento del derecho a la participación democrática y la constatación del inevitable compromiso de la universidad que no deben confundirse con operaciones de mistificación e instrumentación de los problemas universitarios con fines ajenos a los intereses de la institución".*

*"A la importancia y el papel social de la universidad pública corresponde por parte del Estado el deber de contribuir con los medios adecuados que permitan el efectivo y pleno desarrollo de sus actividades".*

Según el periódico, el rector Guillermo Soberón Acevedo, entrevistado poco después de que clausuró ese Seminario, expresó que el Estado está comprometido a respetar la autonomía de las universidades, y éstas deben de formar una "mística" de trabajo para aportar soluciones en los problemas del país.

III. Debido a que el 30 de marzo próximo pasado, se produjeron ciertos incidentes en la Ciudad Universitaria de la UNAM, su Consejo Universitario tomó acuerdos que estimo del mayor interés.<sup>(9)</sup>

*"Con relación a los hechos ocurridos en la Ciudad Universitaria el día 30 de marzo, el Consejo Universitario acuerda:*

*1. Manifestar públicamente su condena para todo tipo de acto que se traduzca en el menoscabo de los derechos de los miembros de la Comunidad Universitaria o que tienda a debilitar los principios de la convivencia entre los miembros de esa comunidad en los términos en que establecen la legislación nacional y universitaria.*

*2. Reafirmar enfáticamente que la autonomía universitaria debe preservarse como un derecho y una garantía para el ejercicio libre de la vida universitaria.*

*3. Que la autonomía universitaria no puede ni debe confundirse con un orden jurídico distinto del nacional, por lo que la universidad espera un esclarecimiento oportuno e inmediato, por parte de las autoridades competentes, de los hechos que tuvieron*

*lugar en los recintos universitarios que pusieron en peligro la integridad física de los miembros de la comunidad y que por su naturaleza son ajenos a la vida universitaria”.*

### 3. *¿Qué aspectos debe comprender la autonomía universitaria?*

El rector de la UNAM, doctor Guillermo Soberón, en su Mensaje a la Comunidad Universitaria,<sup>(10)</sup> dice al respecto textualmente lo siguiente:

*“Con la autonomía, la universidad logró su independencia del gobierno. Nuestra institución hace uso de aquélla dentro del marco de su Ley Orgánica y de su legislación interna, desde varios ángulos: 1) el académico, al formular sus planes y programas de enseñanza y de investigación, al garantizar la libertad de cátedra e investigación y al designar, por medio de procedimientos técnicos, a su personal académico; 2) el de gobierno, al organizarse libremente dentro de los marcos legales, al nombrar a sus propias autoridades y funcionarios y al legislar para su ámbito interno y, 3) el financiero, al formular su presupuesto y administrarlo de acuerdo con las prioridades que la propia universidad establece, obligándose el Estado a contribuir con el subsidio anual correspondiente”.*

En la página 294 de esta Ponencia, citamos textualmente lo que, sobre los aspectos de la autonomía universitaria decían la Ley del Estatuto Orgánico de la Universidad de Chile y las reformas constitucionales promulgadas por el presidente Allende en 1971. Se trataba, como se lee en los artículos correspondientes, de autonomía académica, administrativa, económica y territorial, con mención y aclaración especial sobre la libertad de expresión y coexistencia de las diversas ideologías y corrientes de pensamiento, no solamente a los miembros de la comunidad universitaria, sino también, a cualquiera dentro de su ámbito.

No me resisto a proporcionar a los señores delegados de esta XI Conferencia la información sobre cómo los rectores de las universidades chilenas, cooperamos e influimos positivamente para que se dictaran esas disposiciones.

El 26 de septiembre de 1970, en la Universidad de Concepción, se reunió el Consejo de Rectores de las universidades chilenas, con asistencia del doctor Salvador Allende, candidato triunfante en la elección presidencial realizada 22 días antes. Asistieron siete de los ocho rectores. No concurrió, ni envió excusas, el rector de la universidad de Chile.

En esa sesión regular y solemne, el Consejo de Rectores acordó por la unanimidad de los asistentes:

*"La autonomía universitaria debe ser asegurada en todos sus aspectos".*

*"Autonomía de gobierno, o sea, la potestad de elegir sus propias autoridades, dictar las políticas que convengan al cumplimiento de sus funciones propias y auto-regular su realización, dentro del marco de la política cultural de la nación determinada por el poder representativo del pueblo".*

*"Autonomía académica, o sea, la facultad de decidir y organizar las estructuras más adecuadas a sus funciones, adoptar los métodos de trabajo que convengan a su realización, establecer sus propios programas de estudio y los procedimientos para verificar el rendimiento de sus miembros y reclutar su personal de acuerdo a las disposiciones generales que contenga un Estatuto Legal de las Universidades".*

*"Autonomía administrativa, o sea, el derecho a adoptar u organizar los sistemas más eficientes para su funcionamiento, y, por último,"*

*"Autonomía financiera, o sea, el derecho a disponer de las asignaciones presupuestarias que le son otorgadas por el Estado, por mandato constitucional, y de sus recursos propios, sean de origen público o privado".*

*"La autonomía consagrada en estos términos no es más que una expresión de concebir las universidades -dentro de la sociedad- como autonomías sociales, es decir, ámbitos reconocidos por el Estado como autónomos en función de las actividades que allí realizan comunidades de hombres al servicio de la cultura y el desarrollo nacional".(11)*

En esa ocasión, ante el Consejo de Rectores, y el Consejo Superior de la universidad de Concepción, el senador Salvador Allende, después presidente de la República, expresó lo siguiente:

*"Con los señores rectores coincidimos plenamente, reitero, en que la universidad, conservando plenamente su autonomía -lo que no significa estar aislada- será una universidad vinculada en la profundidad de los anhelos y realidades de la patria, para convertirse en un laboratorio de ideas y pensamientos al servicio del pueblo y del progreso nacional."(12)*

#### 4. *¿La autonomía, autoriza a la universidad para actuar en política?*

Se trata de un tema muy controvertido y por eso, precisamente, lo toco, trato de analizarlo, reconociendo que habría sido más cómodo eludirlo, máxime cuando el espacio de que dispongo está limitado a veinte carillas, en total, para toda la ponencia.

Entre las conclusiones (ya citadas en la página 11 del Seminario Interno sobre Problemas de la Legislación Universitaria, figura la siguiente: "*La universidad, por ser producto y parte de la sociedad, es... foco crítico de los problemas y opciones nacionales y por ello resulta una institución social y políticamente comprometida*".

El Consejo de Rectores Chilenos (citado en la página 296 de esta ponencia), declaró oficialmente en septiembre de 1970 que las universidades están al servicio de la cultura y el desarrollo nacional.

Una de las ideas centrales de la Reforma Universitaria Chilena (1964-1969), aprobada e incorporada a los Estatutos Universitarios, fue el compromiso de la universidad con las transformaciones sociales.

En los Estatutos Orgánicos de muchas otras universidades latinoamericanas, figura entre los fines de las universidades: contribuir efectivamente al cambio social y cultural, convertirse en instrumento activo al servicio del desarrollo económico y social y de la independencia nacionales.

En su trabajo titulado *Misión, Reforma y Crisis de la Universidad Latinoamericana*, el profesor Tirso Mejía Ricart,<sup>(13)</sup> publica un cuadro con una visión esquemática de lo que ha sido la idea de la universidad en la historia. Veamos algunas de ellas:

<i>Universidad</i>	<i>Siglos:</i>	<i>Objetivos:</i>
Renacentista	XV-XVI	<b>b)</b> procurar prestigio a las ciudades y estados, así como a sus regentes.
De la Reforma y Contrarreforma	XVI-XVII	<b>b)</b> servir de sostén ideológico y político al Estado y a la Iglesia Oficial.
Francesa	XIX	<b>b)</b> contribuir a la estabilidad político-social de la Nación y del Estado.
Inglesa	XIX	<b>a)</b> provocar una formación general amplia a la aristocracia noble y burguesa. <b>b)</b> formar dirigentes para el Imperio.

Alemana	XIX	<b>b)</b> ser instrumento de la unidad y engrandecimiento nacionales.
Norteamericana	XX	<b>b)</b> constituirse en foco de progreso para la sociedad.
Soviética	XX	<b>a)</b> ser instrumento del desarrollo económico planificado del país.  <b>b)</b> servir a la construcción del socialismo.
Latinoamericana	XX	<b>a)</b> formar profesionales sensibilizados social y políticamente.  <b>b)</b> servir al cambio social y cultural.

Napoleón Bonaparte, al fundar la universidad imperial, dijo en el Consejo de Estado: *"Al establecer un cuerpo consagrado a la enseñanza, mi propósito principal es el de tener un medio de dirigir las opiniones políticas y morales."*(14)

Cabe hacer presente que los Estatutos que Napoleón I dio a su universidad en 1808, rigieron en Francia hasta 1968, cuando se produjeron las protestas y manifestaciones estudiantiles que llevaron a su reforma. La primera Ley Orgánica de la Universidad de Chile (1842), fue copia de la napoleónica.

Como he señalado en ocasiones anteriores,(15) cuando Napoleón dictó sus Estatutos la gente se alumbraba con velas, no existían los ferrocarriles, no se había desarrollado la electricidad, Marx y Engels no habían emitido su famoso *Manifiesto*; en Europa, la nobleza, vale decir unas pocas familias, gobernaban a los pueblos; Latinoamérica era todavía colonia española. *"¿Es concebible que las Universidades de Francia, inquietas y progresistas como tenían que ser, siguieran regidas, por 160 años, por Estatutos redactados en esas condiciones y destinados a dirigir las opiniones políticas y morales?"*

Podríamos seguir dando citas que prueban que las universidades siempre han tenido que ver con la política. Aun los dictadores que se declaran enemigos de los partidos y de los políticos, pretenden usar a las universidades hacia sus puntos de vista y conveniencias, que son también de tipo político.

Naturalmente, las universidades deben participar en la alta política y no en la pequeña, destinada a elegir un diputado, un regidor o un alcalde.

La universidad tiene el deber de estudiar, divulgar, impulsar, una política de salud popular, de educación, de producción, de saneamiento, etc., etc.

Su autonomía, le da la posibilidad de hacer estos estudios e investigaciones con absoluta libertad, sin temor a represalias de personeros del gobierno que tienen otras ideas, o de sociedades o de compañías que representan intereses, a menudo transnacionales.

### 5. ¿Cómo actuar contra los enemigos de la autonomía y de las universidades?

Es este otro punto escabroso que, no obstante, también deseo tratar para promover debate entre los asistentes a esta Conferencia.

Me mueve a ello lo ocurrido en Chile, Argentina, Uruguay, Paraguay, Bolivia, Brasil, etc. Gozábamos de autonomía bastante satisfactoria, que nos había permitido poner en marcha la Reforma universitaria aprobada por las propias comunidades universitarias y promulgadas por gobiernos democráticos. Nuestras universidades estaban trabajando bien, con los inconvenientes, tropiezos, dificultades, críticas, presiones de los "apurrados", zancadillas de los antireformistas emboscados, etc., que son propias inherentes a la actividad universitaria.

Las actividades de docencia, investigación, difusión y coordinación entre las diferentes universidades nacionales, e incluso con las de países vecinos, se cumplían muy satisfactoriamente. Bajo su tuición, se habían organizado y realizado numerosos congresos y seminarios que habían sido éxitos completos. Entre ellos, cabe recordar la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Planeamiento Universitario de la UDUAL, realizado en la Universidad de Concepción, Chile.

Todo hacía presagiar que, en plazo no tan largo, serían realidad los objetivos superiores de las universidades, y del Gobierno Popular.

En Chile, por ejemplo, solamente en lo educacional, teníamos:

en 1973	158 347	estudiantes universitarios (casi tres veces la cantidad que había en 1969).
- en 1973	593 698	trabajadores adultos, no universitarios, estudiando cursos de alfabetización y de perfeccionamiento técnico. En 1964, había 40 722 alumnos de esta categoría, y en 1970, 126 776.
- en 1973	3 600 000	chilenos estudiando (37% de la población).

en 1973	10%	de analfabetismo (lo habíamos recibido en 11.7%, tres años antes).
en 1973	100%	de los niños en la edad correspondiente, estaban asistiendo a Escuelas de Educación Básica.
en 1971	48%	de los alumnos de la Universidad de Concepción, que era privada, provenían de familias cuyo ingreso mensual era sumamente bajo. En 1962, el 98% de los alumnos de la Universidad de Chile (estatal y la más grande del país), pertenecían a la clase media alta y aristocrática.

Como a estos resultados positivos, se sumaban los obtenidos en salud (la mortalidad infantil había descendido del 78.8 por mil nacidos vivos, en 1970, al 65 por mil, en 1973), en producción, en control de la cesantía, en la aplicación de la Reforma Agraria, en la total nacionalización de las minas de cobre, carbón, hierro, siderurgia, artefactos domiciliarios de la línea blanca, centrales eléctricas, teléfonos, etc., etc., era un hecho que la democracia se iba a afianzar y perfeccionar cada día más en Chile, con el correspondiente "*mal ejemplo*", para los demás países en desarrollo de América Latina.

El gobierno del señor Nixon, la CIA, las transnacionales (entre ellas, ¿la I.T.T.?), los reaccionarios chilenos, etc., estrecharon filas y organizaron mejor su campaña de desestabilización del gobierno de Chile. Sobornaron y corrompieron funcionarios, periodistas, políticos, camioneros, pequeños empresarios y comerciantes, profesionales y hasta malos dirigentes obreros, y prepararon el golpe militar.

Producido éste, se estableció la más cruel y sangrienta dictadura que haya conocido Chile.

En lo educacional en general, y en lo universitario, en particular, los resultados han sido catastróficos.

Lo ocurrido en Chile, ha sido muy semejante a lo sucedido en Brasil, Argentina, Uruguay, Bolivia, Paraguay, etc., etc.

La alianza de reaccionarios con uniformados fascistas, no es una coincidencia. Estos últimos han sido la mano armada que han utilizado los grandes empresarios nacionales y extranjeros y los reaccionarios.

Los países pobres y en desarrollo no estamos en condiciones de oponernos a la acción e influencia de las empresas transnacionales, contra las cuales no han podido hacer prácticamente nada gobiernos de países ricos y poderosos.

En cambio, sí podemos hacer mucho para controlar a nuestros propios uniformados, para evitar que se desclasen, que se pongan al servicio de intereses que no son los de su patria, ni de sus conciudadanos.

Creo que es perfectamente factible formar oficiales, sub-oficiales y clases de mentes democráticas y no por eso menos eficientes profesionalmente.

Las armas modernas son muy poderosas, para que sean entregadas a personas fanatizadas por doctrinas antipopulares.

Debo declarar que no soy enemigo de las Fuerzas Armadas. Admiré y respeté muy sinceramente a las de Chile, mientras se mantuvieron dentro de sus funciones profesionales, fieles y leales a sus juramentos.

Diponemos, además, de otra forma para actuar contra los enemigos de la autonomía y, por ende, de las universidades. Hacer que las universidades libres y autónomas del mundo entero exijan a los dictadores que devuelvan a las universidades que mantienen oprimidas todos sus atributos: autonomía, libertad de cátedra, de investigación, de reunión, de poseer en sus bibliotecas los libros y revistas que deseen, etc., etc.

Si pasado un plazo dado, que debe ser breve, no lo han hecho, negarse a tener todo contacto con esa que, en verdad, ha dejado de ser una universidad. Suspender los convenios o tratados que puedan haberse firmado con ella en tiempos en que era una universidad libre y autónoma, o no se sabía que estaba intervenida; no asistir a congresos, cursos, seminarios organizados por ellas (a los que son tan aficionados a los "*rectores*" y "*directores de escuelas o facultades*" designados por el dictador), para engañar a la opinión pública universitaria del extranjero; no recibir delegados o profesores provenientes de esas casas de estudios superiores falsas.

La medida es dura y puede ser injusta para algunos profesores y alumnos que no participan de las ideas sustentadas por la dictadura o sus representantes en los cargos directivos o docentes de la universidad, castigada ahora doblemente, por la intervención y por el boicot.

Cabe preguntarse, sin embargo, ¿no resulta mucho peor permitir que se prolongue un estado de vida seudo-universitario que está produciendo estancamiento cultural y científico en un país o región y que hasta va a producir promociones y quizás, generaciones de profesionales mal preparados, capaces de cometer errores graves?

Está, además, el otro aspecto, también de extraordinaria seriedad: el mal ejemplo que representa para dictadores en potencia. Ante el hecho real

de que a las universidades intervenidas no les ha pasado nada, que siguen gozando, aunque sea a medias, del trato cortés del resto del mundo universitario, pueden sentirse tentados a suprimir la autonomía de las que de ellos dependen.

El aislamiento de los enfermos contagiosos y peligrosos, es seguramente una medida muy dura, pero fue y sigue siendo el arma tradicional más efectiva para impedir la producción de las epidemias.

Y esto de las universidades carentes de autonomía, ha revestido los caracteres de una epidemia en América Latina.

## SEGUNDA PARTE

### La enseñanza de la medicina

#### 1. *Introducción*

- El estudio de restos fósiles de animales que vivieron muchos siglos antes de que el hombre apareciera sobre la superficie de la tierra, ha permitido comprobar que ya, en esos tiempos tan remotos, existían la violencia y las enfermedades.

Podemos, pues, decir, sin temor alguno a ser desmentidos, que estos dos grandes enemigos de la vida estaban esperando al hombre para atacarlo y destruirlo.

También podemos aseverar con certeza que, desde los tiempos más primitivos, ha habido hombres y mujeres que se han preocupado de ayudar a los enfermos, o a los que han sufrido traumatismos, en la recuperación de la salud. Que a veces sus cuidados eran efectivos, no tenemos por qué dudarlos. Que otras veces, en cambio, precipitaban la muerte, es también seguro.

- La profesión de médico se remonta, pues, a los orígenes mismos de la humanidad. No se sabe cuándo y dónde aparecieron los primeros maestros y alumnos en el arte de curar. Pero hay un hecho cierto: desde hace miles de años, el ser humano ha estado utilizando la experiencia de sus antecesores, incrementada con la propia, en el tratamiento y cuidado de enfermos y accidentados.

- En estos mismos momentos, cientos de miles de jóvenes están recibiendo enseñanza médica en varios cientos de lugares de la tierra y, utilizando, en general, el mismo procedimiento tradicional: el aprovechamiento inteligente de las experiencias y conocimientos del pasado y del presente.

Jamás se había dispuesto de conocimientos y medios tan numerosos, eficientes, exactos y complejos para hacer el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los enfermos, accidentados y, aún, de aquellos que nacieron con defectos y malformaciones.

También han mejorado las técnicas de la enseñanza y del aprendizaje. No sabríamos decir si se ha hecho mayor la inteligencia humana. Los métodos e índices para medirla, que a muchos no convencen -a mí entre ellos-, son recientes. Por otra parte, basta leer un periódico, o escuchar las noticias diarias, para comprobar que, como desde los tiempos más primitivos, los hombres siguen atacándose, perjudicándose, engañándose, haciéndose la guerra y matándose entre ellos.

Si bien es cierto que, como decíamos hace unos momentos, disponemos hoy día de muchos más elementos para devolver la salud y la eficiencia física y mental a personas afectadas de muchas enfermedades, que antes eran, incluso, incurables, también lo es que se han ampliado las obligaciones y deberes de los profesionales de la salud. Ya no se trata sólo de la recuperación de ésta, sino también de evitar que se quebrante y hasta de promoverla, fomentarla, es decir, hacer que el hombre, la mujer, los niños y los ancianos, gocen de mayor bienestar y capacidad física, mental, espiritual, moral y social que la que, de ordinario, goza un individuo que se siente sano, normal, satisfecho de la vida y en paz con el mundo y sus semejantes.

Y en este terreno, se puede llegar a exigir muchísimo. Es sabido, por ejemplo, que normalmente, para la vida diaria, no usamos toda la capacidad de nuestros aparatos locomotor, respiratorio, cardiovascular, renal, etc., etc. Tampoco estamos usando toda nuestra capacidad intelectual, sino en momentos de prueba y de exigencias especiales. Parece, no obstante, por no decir, es seguro, que nunca usamos debidamente todas las neuronas que poseemos, que hay grandes reservas neuronales y de comunicaciones nerviosas y sinapsis, que permanecen prácticamente ociosas, porque no hemos sabido aprender a utilizarlas. ¿Llegará el día en que el hombre adquiera esa capacidad? ¿Irá a ser beneficioso?

¿Y qué decir de la justa aspiración humana de prolongar la vida en salud y eficiencia? Si tomamos como base de comparación los años de sobrevivencia de los mamíferos a partir del momento en que han llegado a la pubertad, la vida humana media debiera ser de unos 140 años, cuando menos.

Esbozada así, a grandes rasgos, la responsabilidad creciente que pesa sobre el médico moderno, comprobamos que es también cada día mayor la responsabilidad de quienes los forman, les transmiten conocimientos

y experiencias, despiertan y desarrollan en ellos habilidades y hábitos útiles, los educan, mediante el ejemplo de una vida honesta y moral, sobre cómo deben ser y comportarse, cómo tienen la obligación de mantenerse al día, estudiando y observando y, principalmente, perfeccionándose, no sólo en sus técnicas y su ciencia, sino también en su cultura general, y todo esto, sin descuidar sus deberes de padre, marido, ciudadano y sin perder, tampoco, la humildad, la bondad, la humanidad que caracteriza a los hombres y mujeres de verdadero valer.

Año a año, ingresan a estudiar medicina en México, unos veinte mil jóvenes de ambos sexos. No sé a cuánto asciende esta cantidad en toda América Latina. He buscado el dato, pero las dictaduras, tan abundantes en nuestro continente, no son muy propicias a dar estadísticas exactas, especialmente, cuando de matrículas y estudiantes universitarios se trata. Podríamos decir que, aproximadamente, cada año hay unos 50 000 nuevos latinoamericanos iniciando estudios médicos.

¿Dónde los vamos a formar? ¿Qué, cuánto y cómo les vamos a enseñar? ¿Cuál va a ser la medida, el nivel que vamos a exigir para considerarlos capacitados debidamente para el ejercicio de la profesión?

Son estas algunas de las preguntas que tenemos que formularnos y a las que trataremos de dar respuesta en las páginas siguientes.

Como Ponente Oficial de este Tema III, y de acuerdo a las Normas para los Trabajos de esta XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, he recibido solamente una Ponencia, muy completa e interesante. Se trata de la presentada por los doctores Rafael Gómez Gaitán, Mario Cárdenas Trigos y Víctor M. Hernández Reynoso, de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.

De acuerdo a esas mismas Normas de Trabajo, en la exposición de esta materia, tomaré en consideración las ideas y proposiciones de esta ponencia, señalando, naturalmente, y con el mayor respeto, los puntos en que coincido y aquellos con los cuales discrepo.

## 2. *¿Dónde debe enseñarse la medicina?*

De acuerdo a las materias que se están enseñando, en institutos especializados (de ciencias básicas médicas, por ejemplo), y en escuelas de medicina, pertenecientes a universidades privadas o estatales de buena calidad; en hospitales generales y de especialidades urbanos dependientes de las escuelas de medicina, o de servicios provisionales, estatales o particulares, con aprobación y participación activa de los profesores universitarios correspondientes; en hospitales rurales, en consultorios urbanos y rurales, también bajo la tuición y vigilancia de sus profesores; en

los sitios de trabajo de obreros y empleados (fábricas, minas, haciendas, etc.); en las escuelas públicas y liceos; en los domicilios de la población.

En todos estos lugares de enseñanza teórica, práctica y de investigación, la docencia debe impartirse bajo el régimen de más absoluta y completa autonomía universitaria, con plena participación activa de los alumnos.

### 3. *¿Qué debe enseñarse?*

La respuesta es sencilla para muchas materias, sujeta a diversas opiniones y criterios, para otras.

Por medio de las clásicamente llamadas ciencias médicas básicas, el médico debe conocer bien el cuerpo humano.

Debe saber su anatomía macroscópica y microscópica y tener conocimientos claros, sólidos, al día, aunque no detallados, de neuroanatomía, tanto en lo que se refiere al sistema nervioso central, como al visceral que ha sido, en general, el gran olvidado y postergado en todas las escuelas e institutos de América Latina y, según un profesor de Oxford, también de Europa.

Como veremos más adelante -cuando tratemos *Cuánto se debe enseñar-*, en el estudio de estas materias morfológicas hay que evitar exigir a los alumnos conocimientos excesivos y hasta innecesarios para el aprendizaje de los ramos fisiológicos y clínicos, pero hay que cuidarse también de las reducciones exageradas. Personalmente, fui víctima de esos excesos cuando, como alumno de primero y segundo años de medicina, tuve 850 horas de Anatomía Descriptiva, Topográfica y de Neuro-anatomía, y debí memorizarme el Testut Latarjet y el Testut Jacob no los compendios, sino que los tratados. Se nos exigía saber cuanto orificio presentaban todos los huesos y la distribución, hasta sus ramas más finas, de las arterias y los nervios. También, ya como profesor de una universidad privada que debía cumplir programas fijados en la universidad estatal, sufrí la reducción, a un semestre para la enseñanza de toda la Anatomía, semestre en que los alumnos cursaban, además, Fisiología, Histología y Embriología. Debe llegarse en esto, al justo término medio, que solo da la experiencia de los docentes y el intercambio de opiniones entre morfológicos y clínicos.

El médico debe saber fisiología y bioquímica y cómo reacciona el cuerpo humano ante los diferentes agentes. Tanto en fisiología y bioquímica, como en fisiopatología, el alumno debe adquirir sus conocimientos en base a experimentos, no memorizando. Lo dicho con respecto a morfología en relación con los peligros de los excesos que hipertrofian o jiba-

rizan los programas de estudio, es válido también para estos ramos fisiológicos. Conocí a un fisiólogo reputado, que exigía a sus alumnos conocimientos de Matemáticas Superiores y reprobaba a todos aquellos que no podían desarrollar exactamente cada una de las fórmulas matemáticas de la fisiología moderna. Como con esta exigencia exagerada estaba perjudicando el desarrollo de otras cátedras, hice presente en sesión de la Facultad de Medicina que, según había podido comprobar, las materias de matemáticas exigidas por el colega fisiólogo, se enseñaban en primero, segundo y tercer años de Ingeniería Civil, lo que consideraba un exceso. Muy molesto, éste me respondió que, de otro modo, los alumnos no podrían desarrollar y comprender matemáticamente determinadas fórmulas, ni comprobar cómo se había llegado a ellas y cómo eran de exactas. Tratándose de alumnos de segundo año de medicina, que estudian para ser médicos y no, todavía, para fisiólogos especialistas, le contesté, creo que bien se podría enseñarles a aplicar y usar esas fórmulas colocando en ellas los valores en segundos, milwatts, viscosidad, etc., y pedirles que creyeran en la exactitud y seriedad con que se había llegado a esas fórmulas; insistir en la forma como usted está exigiendo, compañero, agregué, sería como pedirle a cada persona que cruza un puente, que sepa calcular la resistencia de los distintos materiales empleados en su construcción, el radio que debe tener cada arco u ojiva, la profundidad de los cimientos, etc., etc. Pocas veces he visto un hombre más enojado y escandalizado por mi ignorancia. Sigo creyendo, no obstante, que la razón estaba de mi lado.

El médico debe poseer sólidos conocimientos de biología general y de genética y traer de la educación secundaria, media o preparatorias -según como se la llame en los diferentes países-, buena base en física, química general, especialmente orgánica (que es la más descuidada en tales estudios), físico-química, etc. Por esta razón, las universidades deben participar en la elaboración de los programas de la educación media o, en caso contrario, exigir conocimientos básicos sobre estas materias en los exámenes de admisión previos al ingreso a la Escuela de Medicina.

El médico debe poseer conocimientos de embriología moderna, basada en experimentos, y no tener que memorizarse esas terribles descripciones de los diferentes embriones conocidos, con que nos torturaron cuando éramos estudiantes.

La microbiología, los virus, la inmunología moderna y el cultivo de tejidos, son materias que no deben faltar en la formación de un médico.

También debe conocer cómo se modifica la forma, la estructura, la histología del cuerpo humano y de sus órganos, bajo la acción de agentes extraños y de la edad. Es decir, debe saber bastante anatomía patológica.

Finalmente, en este capítulo de la formación médica en ciencias médicas básicas y preclínicas, no pueden faltar los cursos de crecimiento y desarrollo en lactantes, niños, adolescentes y adultos, no sólo en los aspectos físicos, sino también intelectuales, nerviosos, reflejos, etc., etc.

La buena formación del médico en ciencias básicas (física, química, biología, matemáticas), en ciencias médicas básicas y preclínicas, a lo que debemos agregar, a lo menos, su capacidad para entender, hablar y escribir otro idioma, además de su lengua madre, le va a permitir comprender bien los ramos clínicos, asistir a congresos, seminarios, cursos, simposium, leer revistas que lo mantengan al día sobre los adelantos de la ciencia y la medicina, hablar y alternar con especialistas nacionales y extranjeros, sentirse, en una palabra, capacitado, íntegro a la medicina moderna.

Quien no posee estos conocimientos o no los mantiene al día, será siempre un mal médico, incapaz de hacer investigación por su cuenta, o participar en un equipo de investigadores. No pasará de ser un buen reparador de antibióticos, hormonas o vitaminas, o, incluso, un buen operador de apendicitis, hernias, o vesículas biliares.

Los doctores Gómez, Cárdenas y Hernández, en las páginas 10 y 11 de su ponencia, se refieren también a la enseñanza de las ciencias básicas *"que deben aportar los conocimientos que sirvan de base para conocer, comprender y analizar al ser humano desde el punto de vista morfológico, funcional y de unidad biopsico-social en su conjunto"*, conocimientos que *"se enriquecen día a día con los avances tecnológicos..."* Los profesionistas de la salud, explican más adelante, deben saber *"enfrentarse al ser humano en las situaciones de crecimiento y desarrollo, proceso de maduración, estado de bienestar, pérdida de la salud, situación ante el dolor, la angustia y la muerte"*.

Como vemos, en lo relativo a ciencias médicas básicas, hay coincidencia entre lo expresado por mí en las páginas precedentes y lo expuesto por los doctores Gómez, Cárdenas y Hernández en su ponencia.

Llegamos ahora al punto relativo a los ramos clínicos y de medicina social y preventiva (que debe tener un curso anexo de estadística, con información sobre computadoras, métodos I.B.M., etc.).

Las clínicas, naturalmente, tienen que ser médica, quirúrgica, pediátrica y obstétrica.

El problema empieza cuando tenemos que decidir a qué cuadros clínicos se debe dar preferencia en la formación de los médicos de cada país.

En Chile, que seguía la escuela clásica francesa, se estudiaban, hasta la década del 40, todas las enfermedades, incluso aquellas que no existían en el territorio nacional, como, por ejemplo, las tropicales. El médico, se afirmaba, debe saberlo todo.

Después, en atención a que, por casi 25 años (1920-1946-48), Chile ostentó el triste privilegio de tener las más altas mortalidades infantil y por tuberculosis del mundo (256.31 por mil niños nacidos vivos, en 1920; y 236.2 muertos por tuberculosis por cada cien mil habitantes, ese mismo año de 1920), y debido también a la presión de las organizaciones de médicos, especialmente, la Asociación Médica de Chile (la Amech.), hubo un cambio notable en la orientación de la enseñanza de la medicina. En general, las facultades de medicina (dos en Santiago, una en Concepción), no se movilizaron frente a este problema, pero, finalmente, acataron lo resuelto. Se puede condensar la nueva política en una frase: formar el médico que Chile necesita.

Fue por esos mismos años en que se produjo el viraje en la formación de los médicos (1935-1937), que el profesor doctor Eduardo Cruz Coke, senador y después candidato a la presidencia de la República, propuso y obtuvo la aprobación de la Ley de Medicina Preventiva en Chile; primitivamente, esta ley, muy beneficiosa para el país, estuvo dirigida a combatir cuatro afecciones de alta importancia en los índices de morbo-mortalidad chilenos: tuberculosis, sífilis, cardiovasculares, renales. Después se agregaron el cáncer y el glaucoma crónico.

Con la aprobación y aplicación de esta ley, las escuelas de medicina chilenas, pusieron especial atención a la enseñanza de las enfermedades comprendidas en ellas.

Los doctores Gómez, Cárdenas y Hernández, en las páginas 8-9-10, se refieren también a la necesidad de *"formar médicos que respondan a las necesidades asistenciales del país"*, *"...de tal manera que la universidad se convierta en una institución que provea al Estado de los profesionistas médicos, cuyas características corresponden a la estrategia general de la salud planeada por el Estado"*.

De nuevo, constatamos coincidencia entre las posiciones de los médicos chilenos y los autores de la ponencia de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.

Finalmente, es de aceptación general que todo médico debe tener conocimientos básicos, no profundos, pero al día y suficientes, para resolver los problemas más frecuentes en diferentes materias y especialidades, como radiología, oftalmología, neurología, otorrinolaringología, psiquia-

tría, urología, dietética, medicina legal, ortopedia, traumatología, dermatología, afecciones alérgicas, medicina del trabajo y enfermedades profesionales, epidemiología, saneamiento ambiental, práctica de laboratorio que lo capacite para hacer ciertos exámenes, contabilidad, administración, relaciones públicas y manejo de personal, etc., etc.

#### 4. *¿Cuánto debe enseñarse?*

Casi todo está hecho en el punto 3 de esta Ponencia. En resumen, podemos considerar que debe enseñarse lo suficiente; como se suele decir, "*ni tanto ni tan poco*".

Dependerá del país de que se trate, de cuál es su patología prevalente, para que se dé más extensión e importancia a determinadas materias. ¿Que México tiene problemas con amebiasis?, pues a amebiasis le dedica más tiempo y atención. ¿Que Chile los tiene con cirrosis hepática o, después de la implantación de la dictadura, debido al hambre y a la cesantía, con las enfermedades venéreas en niñas prostituidas o violadas por soldados?, pues a cirrosis, sífilis y gonorrea dirige la preocupación de sus docentes.

#### 5. *¿Cómo y cuándo vamos a enseñar?*

El cómo, trae aparejados problemas de la mayor trascendencia en torno a los cuales ha habido y va a seguir habiendo diferentes opiniones y largos debates.

Desde luego, hay acuerdo general en que hay temas que deben ser enseñados en forma experimental, en laboratorios, con el enfermo, junto a su cama, en el consultorio, en el sitio de trabajo, en su domicilio. Los alumnos, orientados, dirigidos y vigilados por sus docentes (profesores e instructores), deben hacer ellos mismos, ese trabajo experimental.

Medicina no se aprende en el pizarrón..

No se puede describir un soplo cardíaco: hay que buscarlo y escucharlo muchas veces en el enfermo mismo.

¿Clases magistrales? Sí, para ciertos temas, dictadas por maestros de gran experiencia.

¿Seminarios repetidos, regulares y bien planeados con participación activa de alumnos y docentes? Indudable. Cabe hacer presente que esos seminarios deben realizarse con grupos pequeños de alumnos.

¿Investigación de los alumnos sobre ciertos problemas médicos del país o de la región? Por supuesto. Hace poco, un grupo de alumnos y su pro-

fesor de la universidad en que estoy trabajando, me solicitaron apoyo anatómico sobre aparato digestivo. Habían ido a una escuela pública y hecho examen de deposiciones a cien niños escogidos al azar. Habían encontrado parasitosis intestinal en el 90% de los examinados. Iniciaban sobre el tema una investigación que los tenía fascinados. Después del repaso de la anatomía, iban a repasar la fisiología, etc., del aparato digestivo, e iban a llegar a los suministros de agua, de verduras, de alimentos, búsqueda de portadores sanos, etc., etc. Creo que será una experiencia que no van a olvidar, lo que no habría ocurrido si un profesor, en clase magistral, les hubiera hablado sobre la materia, aunque hubiera usado los más modernos métodos audiovisuales.

¿Trabajos bibliográficos? Indiscutiblemente. Todo alumno de medicina debe adquirir gran experiencia y expedición sobre la mejor forma de sacar provecho de las bibliotecas, que, en resumidas cuentas, no representan nada menos, que lo que, sobre un determinado tema, han estudiado e investigado cuantos los han precedido.

Existe todavía otro asunto que he dejado para el último, y no porque lo considere poco importante. Me refiero al sistema o método que se debe emplear para enseñar medicina.

Clásicamente, los alumnos seguían cursos regulares bien planeados; primero, sobre ciencias médicas básicas, después, sobre temas preclínicos, las patologías, y, finalmente, la clínica o la especialidad. Es decir, adquirirían conocimientos y experiencia para cuando les correspondiera utilizarlas. Ha sido éste el sistema que se ha estado empleando en todo el mundo, en escuelas de gran prestigio y que ha llevado a la medicina al nivel de progreso increíble que ha alcanzado. No obstante, los que lo utilizamos, primero como alumnos y después como profesores, sabemos que tiene ventajas e inconvenientes que sería largo detallar.

Ultimamente, en algunas escuelas de medicina, se está empleando un sistema diametralmente opuesto: el llamado modular. Explicado muy breve e imperfectamente (por falta de tiempo y espacio en esta ponencia que ya me está resultando muy extensa), los alumnos estudian, incluso las ciencias médicas básicas, cuando las necesitan porque se encuentran enfrentados a un determinado problema médico del país o de la región, al que han sido llevados por sus profesores. Es el caso de esos alumnos que fueron a la escuela pública a investigar parasitosis intestinal. El método es bueno, pero exige docentes de gran capacidad y experiencia y alumnos preparados y adiestrados, con hábitos de investigación. En Latinoamérica, en general, los alumnos secundarios están acostumbrados a recibir los conocimientos en clases magistrales, tomar apuntes y memori-

zarse esos apuntes. El recargo de estudiantes por cada curso, la falta de bibliotecas, el recargo de los docentes de liceos que, debido a los bajos sueldos, deben hacer 40 o más horas semanales de clases, impiden la práctica de otro tipo de enseñanza.

Nos hemos referido varias veces a la significación que tiene en la formación médica el uso correcto y frecuente de las bibliotecas. No se concibe una universidad, si no ofrece los servicios de una biblioteca bien organizada, con buenas colecciones, bien dirigida, con especialistas para atender al público, con un completo catálogo confeccionado por autores, obras, temas, incluso de los temas de los capítulos de cada obra. Esto no es posible, o se hace muy difícil, si no se dispone de computadoras a las que, al formularles, por ejemplo la pregunta, hipotálamo, entregue una lista completa de todos los libros y revistas existentes en esa biblioteca en que se toca el tema. Cada país, o región de países, debiera tener una central de informaciones, en base a computadoras, para informar sobre la bibliografía existente sobre cada tema y en qué parte, o biblioteca se encuentran los trabajos respectivos.

En medicina, ciencias biológicas, en general, no se puede concebir la falta de una biblioteca al día, suscrita a las mejores revistas.

Conviene que la biblioteca, como algunas de Alemania Federal que conocí, tengan de cada obra cuando menos dos ejemplares: uno que puede ser facilitado para que lo lleven a sus casas o escuelas los alumnos o profesores, y otro que jamás sale del recinto de la biblioteca. Así se evita la incomodidad muy frecuente de solicitar un libro para una consulta y decirle la funcionaria, después de consultar largas listas (lo que se evitaría con otra computadora), que está prestado y que espera que lo devuelvan en siete días más.

El tema de las bibliotecas, nos lleva al no menos importante de los *textos guías*. Nuestros alumnos universitarios en Latinoamérica, en general, no son adinerados, o no debieran serlo (si proceden, como todos deseamos, no solamente de las clases altas, sino también de sectores obreros). No podrán, por tanto, tener los numerosos libros y tratados que se necesitan para formarse médicos. De ahí la ventaja del *texto guía*, recomendado por el profesor, para que, como lo dice su nombre, oriente, guíe a los alumnos, les despierte el interés, los motive, les indique los puntos y problemas principales, les proporcione la bibliografía correspondiente. Esos textos no son para ser memorizados, sino para que, en base a ellos, el alumno prepare sus seminarios, profundice ciertos temas en las bibliotecas o en los laboratorios, haga las consultas correspondientes a sus maestros. Un buen texto guía, al día, evita algo que, en general,

resulta molesto para el profesor: los alumnos transformados, en clases, en simples tomadores de notas y apuntes textuales de cuanto dice el maestro. Esta labor la cumplen mecánica, automáticamente, sin participar activamente en la clase; por lo general, cuando el profesor pregunta algo relacionado con el tema que está desarrollando, lo que daría más movilidad, más vida a su lección, tiene la sensación de que ha interrumpido a sus estudiantes que, en verdad están tomando notas, preparando en clase, el material que van a memorizar después.

Debemos ocuparnos ahora de la otra pregunta comprendida en este punto: *¿Cuándo vamos a enseñar?*

Me veo obligado a ser muy breve. Antigua, clásicamente, se enseñaba a los alumnos por el sistema de "*rendir exámenes finales*" sobre cada tema. Me explico: en primero y segundo año de la carrera, se estudiaba toda la anatomía, y con detalles y después no se la veía más; el alumno debía repasarla. Lo mismo ocurría con fisiología, etc.

En la Universidad de Concepción, Chile, implantamos otro sistema. Me voy a referir a anatomía, por ser la cátedra que yo dictaba. Enseñábamos anatomía básica, en segundo año, anatomía clínica en cuarto y quinto años, y anatomía de especialidades, en sexto año. El programa de anatomía básica y lo que exigía para obtener la aprobación de los alumnos, lo confeccionaba el Departamento de Anatomía del Instituto de Ciencias Médico Biológicas. El programa de anatomía clínica lo confeccionaba el profesor de la clínica correspondiente y lo desarrollaba el personal docente del Departamento de Anatomía. Igualmente se procedía con los programas de las especialidades. Antes de que el profesor de clínica empezara a enseñar aparato urinario, por ejemplo, los profesores de las ciencias médicas básicas, desarrollaban los programas clínicos de anatomía, fisiología, farmacología, microbiología, fisiopatología, etc., de aparato urinario. En este repaso y profundización dirigido, orientado, de las diversas materias, se ocupaban una o dos semanas; después, el profesor de clínica o de especialidad, desarrollaba la docencia en 6, 8 ó 10 semanas, según el tema de que se tratara.

6. *¿Qué nivel vamos a exigir a los alumnos para considerarlos capacitados para el ejercicio de la medicina?*

Se trata de un punto delicado. En esta evaluación final, tenemos que considerar con mucha seriedad los informes que, sobre cada alumno, nos entreguen los profesores que tuvieron a su cargo la última etapa de la formación de médicos. Me refiero a los que trabajaron codo a codo, día a día, con ellos en los hospitales, consultorios, en los sitios de trabajo, mientras hacían su período de práctica o de internado, según como se la llame en cada país.

La carpeta individual de cada alumno, las votaciones obtenidas durante sus estudios, los trabajos de investigación en que participaron, la calificación final obtenida en el solemne examen de grado rendido ante el decano y otras autoridades y docentes de ciencias básicas médicas, de clínicas y de especialidades, son antecedentes más que suficientes para una decisión justa y responsable.

### 7. *Palabras finales*

Pese a mi preocupación constante, me he extendido más de lo permitido. Por ser la autonomía universitaria y la enseñanza de la medicina temas que realmente me apasionan, tanto que, en mi patria, por haberlos defendido y practicado, fui cruel e injustamente perseguido, no podría haberlos desarrollado en forma más resumida, haciendo simples y conocidas enumeraciones.

No he podido, por desgracia, tocar otros aspectos que estimo fundamentales. Entre ellos, podría citar: selección de los alumnos que ingresan; organización de la escuela o universidad en base a institutos centrales en los que trabajan todos los que enseñan, investigan y dan difusión sobre cada disciplina, con economía de instalaciones, instrumentos, tecnológicos y la posibilidad cierta de hacer investigación interdisciplinaria, o en base a cátedras aisladas, con un jefe que tradicionalmente recibía el título de "*El Profesor*" y en Francia de "*El Mandarín*", o en base, finalmente, a una departamentalización lógica, por materias relacionadas entre sí; enseñanza de la deontología médica, siempre tan descuidada y, sin embargo, de tanta trascendencia para el prestigio de la profesión y para las relaciones mutuas entre los profesionales de la salud; creación de cursos de post-graduados y formación de especialistas; número de alumnos recomendable para cada escuela y total de horas docentes semanales aconsejables por cada diez estudiantes; proporción adecuada entre profesores a tiempo completo, a dedicación exclusiva o con contrato horario dado y derecho al ejercicio privado de la profesión; investigación interdisciplinaria con otras escuelas o facultades de la misma o de otras universidades del país o del extranjero, sobre temas candentes, como alcoholismo, por ejemplo, problema tan común en nuestro continente; ¿existe o no masificación de la enseñanza de la medicina?; ¿estamos formando o no cesantes médicos futuros, o la situación denunciada por la prensa se debe a que no se han creado suficientes servicios asistenciales para la aplicación de un correcto plan de salud?; ¿por qué los egresados de nuestras escuelas prefieren quedarse en las grandes ciudades y cuáles serían las medidas aconsejables para evitarlo?; selección, formación y perfeccionamiento de los profesores, etc., etc.

Señores delegados asistentes a esta XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina:

Inicié esta Ponencia recordando una frase de mi antiguo, respetado, querido y distinguido maestro de Clínica Médica, profesor doctor Guillermo Grant Benavente, fundador de la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción, en cuya fundación también había tenido participación destacada. Permítanme ahora que, al terminar esta larga exposición, cite un pensamiento de Cruveilhier que, colocado en un marco, junto a su pupitre, en el aula del Hospital Clínico de Concepción, en que daba sus excelentes lecciones, presidía todas las reuniones docentes, clínicas, de anatomía patológica y autopsias, científicas y gremiales de los médicos, y las de los estudiantes de medicina que en ella se realizaban. Decía este pensamiento: *"En medicina, la ignorancia es un crimen"*.

México, D.F., abril de 1979.

\*Ponencia oficial del Tema III, con el mismo nombre, en la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada por la UDUAL, a celebrarse los días del 26 al 31 de agosto de 1979 en la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, México.

\*\*Profesor invitado de Anatomía de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

(1) *Universidades*, núm. 56, publicada por la Unión de Universidades de América Latina, México, abril-junio 1974, p. 81.

(2) Galo Gómez O. *Autonomía Universitaria en Chile*. Trabajo presentado al Seminario Internacional sobre Problemas de la Legislación Universitaria, organizado por la UNAM, en abril de 1979.

(3) *Universidades Emeritenses*, Mérida, Venezuela. VII. 1960, núm. 7, p. 58.

(4) Marshall, Enrique. *Leyes, Decretos y Reglamentos*. Tomo I. Ediciones de la Univ. de Chile. 1953, p. 12.

(5) *Diario Oficial de Chile* de 8 de junio de 1971.

(6) *Reforma Constitucional*, publicada en el *Diario Oficial de Chile*, el 9 de enero de 1971.

(7) *Gaceta UDUAL*, núm. 16, México, enero de 1979.

(8) *Diario Uno más Uno*, México, domingo 8 de abril de 1979, pp. 1 y 2.

(9) *Diario El Día*, Ciudad de México, 7 de abril de 1979, p. 10.

(10) *Gaceta UDUAL*, núm. 16, México, enero de 1979, cit.

(11) *Paideia*, Universidad de Concepción, Chile. Escuela de Educación, núm. 10, p. 178.

(12) Allende, Salvador. *Rol de la Universidad*, p. 185.

(13) *Universidades*, Unión de Universidades de América Latina, núm. 56, México, abril-junio 1974, p. 59.

(14) Lira Urquieta, Pedro. *La Universidad en el siglo XVIII. Breve Ensayo sobre Universidades*. Santiago. Ediciones de la Universidad de Chile. Depto. de Extensión Cultural. 1953, p. 37.

(15) Edgardo Enríquez F. *Puntos de vista acerca de la juventud, la Reforma Universitaria y la Autonomía*. *Revista Occidente*, Santiago de Chile. Núm. 208, julio 1969.



**MESA REDONDA**

**Jueves 4 de octubre, 1979**  
**9.00 hs.**



**MESA REDONDA**  
**PONENCIA OFICIAL**  
**POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA**

**Dr. Raúl Garbugino**  
**Universidad del Salvador**  
**Buenos Aires, Argentina.**



Empezaremos por definir que se entiende por "**Política de población**", "**acciones de carácter oficial tomadas por un gobierno destinadas a modificar el tamaño, la distribución o la composición de la población**".

En un sentido u otro, todos los países tienen política demográfica. Puede haber políticas implícitas que, al ser aplicadas, producen como consecuencia modificaciones de la población; como ejemplo típico pueden mencionarse las acciones del sector salud, que al producir un descenso de la mortalidad, modifica el crecimiento y por consiguiente el tamaño de la población. En cambio, las políticas explícitas están constituidas por medidas que actúan de manera deliberada sobre la población; por ejemplo medidas tendientes a lograr el control de la natalidad, lo cual determina un descenso del crecimiento de la población.

Cada país elige o determina la política más apropiada de acuerdo a las necesidades de su desarrollo, basándose en sus características naturales, recursos y necesidades detectadas para mediano y largo plazo. En especial Argentina, con una densidad de población de ocho habitantes por kilómetro cuadrado, es un país subpoblado a pesar de haber recibido un aporte inmigratorio sumamente importante (alrededor de siete millones de inmigrantes) a lo largo de un siglo, en su mayoría de origen europeo. En 1914 un 29.9% de la población era de origen extranjero, mientras que en la década de los treinta se considera que más del 60% era extranjero o descendiente directo de extranjero. A ello habría que agregar, como un elemento importante, la emigración rural urbana como consecuencia del proceso de industrialización, mecanización del agro y mejoramiento de las comunicaciones, con la construcción de caminos, entre otras causas. Mientras en el censo de 1869 el 25% de la población era urbana, en el de 1970 esta población llega al 75%.

De allí que Argentina siempre haya promovido una política poblacionista, pues desde la época de Alberdi se mantiene vigente su famosa frase "**Gobernar es poblar**". Si bien es cierto que en las últimas décadas la inmigración europea se ha interrumpido, las fronteras de nuestro país han permanecido abiertas para la inmigración de los países limítrofes.

Coherente con esta tradición histórica argentina es la promulgación del Decreto 3938 del 29 de diciembre de 1977 sobre "**Objetivos y políticas nacionales de población**". Para que la Argentina pueda desarrollarse plenamente como comunidad nacional y cumplir con América Latina, se considera necesario alcanzar los siguientes objetivos: incrementar sensiblemente su ritmo de crecimiento demográfico; elevar la calidad de su población en cuanto a cultura, salud, educación y capacitación, efi-

ciencia económica y espíritu de empresa y otros atributos, preservando la unidad y los valores nacionales.

### *Distribución de la población en el territorio nacional*

El cumplimiento de los objetivos requiere una mejor relación entre población y territorio, para lo cual se fijan las siguientes metas: lograr una distribución más equilibrada de la población en el territorio nacional, creando las condiciones económicas y sociales para que, con las prioridades que se determinen, las provincias del norte, centro y litoral puedan retener y aumentar su población; y las del sur poblarse adecuadamente. Para cumplir estos objetivos es indispensable una firme decisión política, asegurar recursos económicos y financieros creando una infraestructura social con prioridades fundadas en las necesidades de la población.

### *Calidad de vida de la población*

Una política de población no es completa si sólo se tiende al crecimiento y a la distribución geográfica de la población.

Una característica de Argentina desde su organización nacional ha sido la calidad de vida de su pueblo, entendida ésta como el goce de condiciones de bienestar compartido que permite a todos sus habitantes realizarse como personas en el ejercicio de su libertad, teniendo para ello un justo acceso a los bienes y servicios que satisfagan sus necesidades espirituales y materiales.

Remediar el relativo deterioro que tal calidad ha sufrido en algunas zonas del país, en décadas recientes, es un importante objetivo de la política de población que debe formularse en dos partes que corresponden a distintos plazos para su logro: en el largo plazo, alcanzar una calidad de vida adecuada para toda la población, reduciendo las diferencias entre zonas y sectores sociales en todo el territorio de la República; en el corto y mediano plazo, corregir las situaciones de mayor necesidad, asegurando un nivel aceptable a la población de las provincias en marcada desventaja: Formosa, Santiago del Estero, Chaco, Corrientes, Jujuy, La Rioja, Catamarca, Misiones y áreas marginales en el resto del país. Para tal efecto deben formularse los programas y asignarse los correspondientes recursos.

### *Políticas requeridas para alcanzar estos objetivos*

La adopción de los objetivos de la política de población implica la decisión de cumplir las acciones necesarias para alcanzarlos y designar los recursos requeridos para llevar a cabo estas acciones.

**Crecimiento natural.** La población argentina debe afianzar su propio crecimiento natural mediante una mayor fecundidad y una reducción de la mortalidad general y, de modo especial, de la mortalidad infantil. Debe tender al incremento del nivel de fecundidad, a través de una política que facilite la constitución de la familia y la proteja en función del número de hijos, con medidas como acceso a una vivienda adecuada, asignaciones familiares efectivas, guardería para los hijos de las mujeres que trabajan, régimen laboral favorable a la maternidad, asistencia educativa y hospitalaria y otras dedicadas al mismo fin. También debe promover una sólida información y educación tendientes al afianzamiento, la estabilidad y la realización de la institución familiar; eliminar las actividades que promueven el control de la natalidad; erradicar la subalimentación y el aborto ilegal; asignar recursos y organizar programas para suprimir las diferencias regionales en morbilidad y mortalidad. Finalmente debe buscar recursos para programación de educación, saneamiento ambiental, provisión de agua potable, asistencia materno-infantil y salud rural.

#### ***Arraigo de la población argentina***

Crear las condiciones adecuadas para alentar la permanencia en el país de los científicos, profesionales, técnicos y otros recursos nacionales que puedan contribuir al desarrollo argentino. Del mismo modo, facilitar el retorno de aquéllos que están en el exterior y puedan coadyuvar en el mismo objetivo.

Además del desarrollo económico general deben adoptarse estas políticas específicas: promover el desarrollo de la tecnología nacional adaptada a las necesidades de la economía del país; crear una demanda efectiva y sostenida de profesionales y técnicos capacitados para el servicio y la administración pública, aumentando la eficiencia y la racionalidad dentro de un marco de modernización del sector estatal; coordinar el planeamiento educativo con el sistema ocupacional para asegurar la formación de los recursos humanos, en función de las necesidades y posibilidades del desarrollo nacional.

**Inmigración:** Incrementar sensiblemente la inmigración extranjera, con un mínimo de selección que asegure condiciones de salud y características culturales que permitan su integración a la sociedad argentina. Determinar en áreas territoriales estratégicas según necesidades, condiciones de explotación e infraestructura que permitan, la más conveniente distribución y radicación de la población inmigrante, facilitando así su integración con grupos nativos y evitando la formación de colectividades cerradas. Buscar una política de creación de fuentes de trabajo que contemple la incorporación de la mano de obra inmigrante. Organizar

un régimen de ingreso que permita la adecuada selección y encauzamiento de los inmigrantes de países limítrofes.

### ***Política económica poblacionista***

Los objetivos de mayor crecimiento y mayor distribución de la población que responden al requerimiento de realización del país en el marco de las naciones, exigen un estilo de desarrollo económico compatible con dichos objetivos.

Tal estilo supone una sostenida expansión económica que contemple una política de pleno empleo y una distribución de ingresos que tienda a eliminar la diferencia entre regiones y sectores de actividad; un desarrollo regional más equilibrado cuya concreción implique, al mismo tiempo, revertir la tendencia histórica a incrementar las actividades terciarias, para ello es necesario el aprovechamiento eficiente y racional de los recursos naturales; la industrialización de la producción primaria en el interior, en el mismo lugar en que se genera; el uso de una tecnología adecuada a la rotación de recursos; La provisión de una infraestructura socio-económica acorde con el desarrollo de las actividades productivas. La política de población debe estar al servicio del desarrollo del país, cuyo objetivo fundamental debe ser lograr un mejor bienestar de la población.

Para lograr este bienestar los dos pilares fundamentales son la **educación** y la **salud**. La educación como rama formadora del recurso humano. De ahí que cuando uno forma hombres para la salud, por encima de la satisfacción intelectual del educador y del educando están las necesidades de la población; por esto, los problemas de la salud no pueden ser resueltos si no hay una coordinación permanente entre los hombres que conducen la salud y los que producen hombres para la salud.

Para ello hay que tener un conocimiento epidemiológico de la patología regional, sus necesidades y sus recursos. Sin esto la facultad de medicina deja de cumplir con el motivo fundamental de su existencia, como es producir profesionales que a su capacidad técnica agreguen una profunda vocación de servicio para los problemas sanitarios del país que los capacita. El médico no puede desarrollar su labor si no conoce el contexto en el que llevará a cabo sus propósitos.

Resulta imprescindible una correcta información sobre las distintas áreas que integran el país, y en América Latina, fundamentalmente, se han producido fenómenos comunes a todos los países en desarrollo. Uno de ellos es la expansión del aparato estatal de la industria y el comercio, creando con esto grandes centros urbanos que producen migración de

los habitantes del área rural y aun atravesando fronteras hacia los países vecinos- en busca de un mejor nivel de vida.

Lo anterior ha creado, en el cono urbano de las grandes ciudades, poblaciones para las cuales no hay infraestructura social ni económica, fundamentalmente habitacional prevista. En consecuencia, se crean en las ciudades graves problemas sanitarios, hacia los cuales, en países como Argentina, están volcados los mayores esfuerzos.

El otro problema que surge con clara evidencia es que los países en desarrollo tienen altas tasas de natalidad. Caso especial, Argentina, cuyas características demográficas no coinciden con el nivel de desarrollo alcanzado, había presentado en las últimas décadas una tendencia permanente de declinación en su natalidad, llegando a una tasa de 21%; sin embargo desde 1970 a 1976 se observa un ligero repunte, hasta alcanzar una tasa del 25.5% en 1976. Asimismo, en Latinoamérica existen zonas de alta tasa de mortalidad infantil; de allí la necesidad de establecer la prioridad de este problema, cuando se destinan los recursos humanos y económicos desde el área central de normatización, hacia las áreas periféricas del nivel de ejecución.

En Argentina se realizan con este fin, en las zonas donde el problema tiene características críticas, jornadas periódicas con la participación de destacados profesionales de la pediatría, conjuntamente con expertos en demografía y administración sanitaria; es decir se traslada todo el equipo a la zona de mayor requerimiento y en un proceso de integración con los profesionales actuantes en dicha área, se enfatiza en aquellos temas cuya solución requiere mayor urgencia y se normatiza, como prevención el futuro.

Estos problemas son comunes en los numerosos países que integran América Latina. Su comunicación y cooperación internacional, a través de organismos de carácter intergubernamental o interuniversitario, han traído como adopción un conjunto de políticas y estrategias frente a los diversos aspectos que hacen al desarrollo de la educación médica. Los esfuerzos tendieron, en todos los casos, a producir un médico general que satisficiera las exigencias sanitarias de los países, manteniendo un adecuado nivel de calidad y tratando de lograr una mayor eficiencia, para lo cual se puso especial atención en la organización de facultades y escuelas de medicina.

Como ya se hizo resaltar en la reunión que se celebró en Caracas, en enero de 1976, una de las circunstancias que mayor impacto ha tenido en la educación médica en esta región ha sido el rápido crecimiento del número de candidatos a ingresar a ella, y como consecuencia del incremento

de la matrícula estudiantil, el número de escuelas de medicina.

En Argentina esto ha adquirido un carácter tal que, de acuerdo a un estudio realizado por el Ministerio de Bienestar Social a través de la Secretaría de Salud Pública, el total estimado de médicos en actividad en 1977 era de cincuenta y cinco mil. Lo anterior permite establecer, con base en un estudio de la población realizado ese mismo año, una relación de un médico por cada quinientos habitantes, y, de continuar la tendencia observada, se pueda llegar en solo tres años a la incrementación de dicha relación hasta alcanzar la cifra de un médico por cada cuatrocientos habitantes en todo el país.

Si tenemos en cuenta que la distribución está lejos de ser uniforme en todo el territorio, nos damos cuenta que esto ha despertado una gran inquietud a nivel de las autoridades, lo cual lleva a sugerir una serie de propuestas con el fin de equilibrar en el próximo decenio el desajuste existente.

Es así posible observar que, a pesar de la abundancia de médicos, es necesario incrementar la formación de especialistas en áreas críticas, como son medicina rural, medicina física y rehabilitación, fisiatría, anesthesiología, psicología médica y geriatría; asimismo, aumentar la capacitación en tocoginecología, pediatría y enfermedades infecciosas.

Una de las medidas importantes a considerar sería adecuar, por la exigencia de internados rotatorios y rurales, el mayor grado, el currículo, a las actuales necesidades médicas; desde luego el currículo no puede ser una cosa estática, permanentemente revisado. De acuerdo con esto, introducir asignaturas que, consideradas tanto en la actualidad como para el futuro, sean de fundamental importancia para elevar la calidad de las prestaciones médicas. Otro de los problemas fundamentales es la determinación de los especialistas existentes y los necesarios para cada país.

Aquí surgen algunos inconvenientes, puesto que no existe un registro único de matriculación de especialistas, por una parte; por la otra, los criterios son dispares con respecto al concepto de especialista, por parte de las distintas jurisdicciones, debido a la multiplicidad de entidades que registran títulos.

Quizá una de las soluciones más inmediatas a estos problemas es a través de los Colegios Médicos, a los cuales se sumaría lo antes sostenido por nosotros. O sea, integrar organismos de salud pública como centro normatizador; facultades de medicina como formadoras de recursos humanos, de acuerdo a las necesidades establecidas por dicho organismo; y

colegios médicos locales, para controlar el cumplimiento de las normas establecidas por el poder central. Por este camino se llegaría a una racionalización del ejercicio de la profesión, en todo el territorio nacional, que debe ser completada volcando recursos en la educación continua, con el fin de mantener actualizado a todo médico, cualquiera que sea su situación en el territorio. Está demostrado que la desactualización que se produce cada cinco o seis años es debida a varios factores:

- a) Disminución del conocimiento por olvido.
- b) Por focalización, que desplaza el conocimiento a áreas limitadas.
- c) El velocísimo avance tecnológico que hace muy difícil, por no decir imposible, permanecer actualizado. Estas enfermedades y estos síndromes descritos alcanzan la cifra de treinta y cinco mil, mientras que las revistas especializadas llegan a cien mil. De ahí la importancia de los programas de educación médica continua, en el plano urbano y rural, que ya hemos descrito y el trabajo en equipo.

Evitar que los médicos jóvenes, subyugados por la tecnología, quieran resolverlo todo a través de información computada, olvidando que estos resultados corresponden a un ser humano que se debe encarar con criterio unicista, sin olvidar que a la computadora le faltará siempre un botón: el del "espíritu".

En esta forma somos solidarios con lo expresado por nuestro Papa, Juan Pablo II, en su primera encíclica *Redemptor hominis*, donde insistió "en la prioridad de la ética sobre la técnica; el primado de las personas sobre las cosas y la superioridad del espíritu sobre la materia".



## APENDICE



## XI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

### Sesión preliminar

De acuerdo con lo estipulado por el Reglamento de Conferencias, que para este propósito dispone la Unión de Universidades de América Latina, se dio por iniciada esta reunión a las diecisiete horas del día 30 de setiembre de 1980, con el fin de instalar formalmente esta XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina de la UDUAL.

Los integrantes del presidium fueron las siguientes personas: doctor Pedro Rojas, secretario general interino de la UDUAL; doctor Víctor M. Sánchez Martínez, coordinador de la Comisión Organizadora; doctor Rafael Valdez Aguilar, director del Hospital Universitario de Puebla; doctor César O. Reyes Méndez, director interino de la Escuela de Medicina de la UAP; doctor Jorge Corte Huerta y doctor Antonio Marín López, estos últimos encargados de las comisiones de Relaciones Públicas y Protocolo de la Comisión Organizadora.

Se inició la jornada de trabajo con el informe de la Comisión de Credenciales, a cargo del doctor Jorge Hernández Enciso, también de la Comisión Organizadora. Al terminar se procedió a la elección de la mesa directiva de la Conferencia, la cual fue ocupada por el doctor César O. Reyes Méndez como Presidente; el doctor Varán Von Smith, vice-rector docente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, como secretario; la vice-presidencia se propuso que fuese ocupada por los presidentes de delegación de cada país y que fueron elegidos para tal efecto, o que trajeran representación de sus respectivas asociaciones de escuelas y facultades de medicina; el doctor Víctor M. Sánchez M. como relator general. Todos estos cargos fueron aprobados por aclamación.

Una vez instalada la mesa directiva, en el punto relativo a asuntos generales, le fue solicitada la palabra al presidente de la Conferencia por parte del doctor José García Ramírez -presidente de la Conferencia- con el objeto de que en la última sesión plenaria le fuese permitido exponer, como portavoz del sentir de su delegación y de otras varias, su opinión acerca de la necesidad de crear la Federación o Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina y conformar así un foro más de discusión en el marco latinoamericano. Hace lo propio también, y por escrito, el doctor Magín Domingo Puello -decano de la Facultad de Cien-

cias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana- para pedir la solidaridad de esta XI Conferencia con el proceso revolucionario de la hermana república de Nicaragua, así como para mostrar su simpatía por la pronta devolución del Canal de Panamá a su pueblo.

Acto seguido, el doctor César O. Reyes Méndez solicitó la aprobación de los delegados para que, en un acto de reconocimiento y homenaje póstumo, se guardase, durante la solemne ceremonia inaugural, un minuto de silencio por la memoria del doctor Efrén C. del Pozo y del Licenciado Vicente Villegas Guzmán, que fueron secretario general de la UDUAL y secretario general de la Universidad Autónoma de Puebla, respectivamente, fallecidos recientemente, cuyos decesos conmovieron, por su irremplazable pérdida para la comunidad universitaria latinoamericana.

No habiendo ningún otro asunto que tratar, el presidente de la Conferencia dio por terminada la sesión preliminar, girando invitación a todos los concurrentes para que participaran en el acto inaugural efectuado en el primer teatro de América, el Teatro Principal. Concluida su intervención, se procedió a dar el informe de la Comisión Organizadora, por parte del doctor Víctor M. Sánchez, que fue acogido con beneplácito por haberse manifestado ésta a favor de la marginación de aquellas universidades intervenidas militarmente y cuyos vínculos con el imperialismo son manifiestos, con el ánimo de perpetuar el sojuzgamiento de los pueblos en un vano intento de contener la legítima aspiración de las masas de trabajadores, intelectuales y estudiantes en su anhelo por tener una Latinoamérica libre y soberana.

#### Primera sesión plenaria

Se abrió a las nueve horas del día 1 de octubre y en su fase inicial se aclaró, por parte del presidente de la Conferencia, que serán leídos los trabajos que corresponden a la Segunda Plenaria por razones de tipo técnico y ajenas a la voluntad de la Comisión Organizadora.

En primer término, a invitación del presidente de la Conferencia, pasan los doctores Raúl Garbugino, de Argentina, y Schlüsselberg, de Bolivia, a formar parte del presidium en calidad de vice-presidentes; asimismo, se invita al doctor Octavio Rivero Serrano -director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México-, para que exponga su ponencia sobre "*La situación de salud y la enseñanza de la medicina en América Latina*". Al término de su exposición se ofrece la palabra al doctor Carlos A. Morós Gherzi -ex-decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela- quien, en forma por demás amplia, expone sus puntos de ... Al término de la lectura

de la ponencia del doctor Morós, se realiza un receso de diez minutos. Se reanuda la sesión con la lectura de la tercera ponencia del día, a cargo del doctor Jorge Campos Rey de Castro, de la Universidad Nacional Mayor, Lima, Perú. Previamente a la exposición, toma posesión de vicepresidente en propiedad, el doctor Tonchi Marinkovich de la delegación de Bolivia.

Se abre la discusión al terminar su exposición el doctor Jorge Campos; a continuación el presidente ofrece la palabra invitando a opinar sobre las ponencias leídas y a realizar comentarios alrededor de las tres ponencias. Interviene el doctor José Oubiña, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; el doctor Tonchi Marinkovich, decano de la Universidad de Cochabamba; el doctor José Ceballos, rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; la doctora Catalina Einbenschultz, de la Universidad Autónoma Metropolitana; el doctor Rafael Valdez Aguilar, de la Universidad Autónoma de Puebla; y, finalmente, el doctor José Torrealba, de la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. Al final de las intervenciones se informa que en la plenaria de la tarde fungirán como vicepresidentes los jefes de delegaciones de Brasil y Colombia. Se cierra la sesión a las trece treinta horas.

#### Segunda sesión plenaria

Tal y como se acordó en la sesión anterior, se procede a dar lectura de las ponencias que correspondían a la primera sesión plenaria. El presidente, doctor César O. Reyes Méndez, invita al doctor Rafael Valdez Aguilar, de la Universidad Autónoma de Puebla, a hacer uso de la palabra y exponer su tesis a la consideración de la asamblea. Terminada la lectura del doctor Valdez, el presidente invita al doctor Juan J. Ceballos Arrieta rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba- a exponer sobre el mismo tema: *Integración docente-asistencial*. Al concluir la lectura del trabajo del doctor Ceballos, terminan las ponencias, ya que una de ellas no se presentó.

El presidente ofrece la palabra al relator general, quien excusa al doctor Rodrigo Gutiérrez -Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica- que no puede concurrir a la cita de la UDUAL por estar prestando ayuda solidaria al hermano pueblo de Nicaragua. Se inicia el debate con la intervención de los siguientes delegados, quienes hicieron distintas aportaciones alrededor de este tema: doctor Rosendo Vega Arcos, de la Universidad Autónoma de Guerrero; doctor Raymundo Solís Acosta, de la Universidad Autónoma de Nayarit; doctor Pedro Castellanos, de la Universidad Central de Venezuela; doctor Witremundo Torrealba, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad

de Carabobo, Venezuela; doctor Pedro Portillo, de la Universidad Autónoma de Honduras; doctor José García Ramírez, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana; doctora Catalina Eibenshultz, de la Universidad Autónoma Metropolitana; doctor José Ramos León, de la Universidad de Carabobo, Venezuela; doctor Rafael Valdez Aguilar, de la Universidad Autónoma de Puebla; doctor Julio de León Méndez, de la Universidad de San Carlos, Guatemala; doctor Rolando Marroquín, de la Facultad de Medicina de El Salvador; doctor Julio Ravelo, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

El presidente de la Conferencia, doctor César O. Reyes Méndez, lee una petición de los estudiantes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, con el fin de reunirse una vez concluida la sesión. No habiendo otro punto que tratar se cierra la sesión a las dieciocho horas.

### Tercera sesión plenaria

De acuerdo con lo previsto, esta sesión se celebra el dos de octubre; el tema tratado fue: "*La autonomía universitaria y la enseñanza de la medicina*".

El presidium fue integrado por el doctor César O. Reyes Méndez, presidente; doctor Juan José Ceballos Arrieta, Vicepresidente (Cuba); doctor Carlos Lerma, vicepresidente (Colombia); doctor Varán Von Smith, secretario (Cuba); doctor Víctor M. Sánchez Martínez, relator general (Puebla).

Al inicio de la reunión se pidió por parte del presidente de la Conferencia que sea el doctor Jorge Corte Huerta de la Universidad Autónoma de Puebla a que por acuerdo de la universidad sede, se guarde un minuto de silencio en memoria de los estudiantes, trabajadores y pueblo en general que hace once años fueron masacrados de la Plaza de las Tres Culturas en Tlatelolco. Se pone de manifiesto que fue un golpe dado por quienes instrumentaron la agresión a la Universidad, en un aparente triunfo de la fuerza bruta y la estupidez asnal sobre la razón, y que no es casual que se haya escogido esta fecha para debatir tan vigente y actualizado tema.

Las ponencias presentadas fueron elaboradas por el doctor Magín Domingo Puello, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana; doctor Edgardo Enríquez, ex-rector de la Universidad de Concepción, Chile, ex-ministro de Educación del gobierno de la Unidad Popular y representante de los Académicos Chilenos en el Exilio;

doctor Carlos Tünnermann, ex-rector de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, ex-presidente de la UDUAL. (La ponencia del doctor Tünnermann fue leída por el doctor Antonio Zaglul, ya que el primero se encuentra prestando sus servicios al Gobierno de Reconstrucción Nacional de Nicaragua).

Durante esta plenaria fueron múltiples las intervenciones, por lo cual se tuvo que limitar el número por parte de la Presidencia. Tuvieron oportunidad de expresar sus puntos de vista el doctor José Oubiñas, de Cuba, doctor Abdo Hernández, de Cuba, quien leyó un documento que fija la posición cubana con respecto a la autonomía universitaria; doctor W. Torrealba, de la Universidad de Carabobo, Venezuela; doctor Julio de León, de la Universidad de San Carlos, Guatemala; doctor Pedro Luis Castellanos, de la Universidad Central de Venezuela; doctor Claudio González, de la Universidad de San Carlos, Guatemala; doctor Luis M. Tamayo, de la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador; doctor César Hermida, de la Universidad de Quito, Ecuador; doctor Raymundo Solís A., de la Universidad Autónoma de Nayarit; estudiante Oscar Antonio Fernández, de El Salvador; doctor Héctor Fernández Bonilla, de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Ixtacala de la UNAM; estudiante Armando Ibarra, de la Universidad Autónoma de Guerrero; y, finalmente, el doctor Rosendo Vega Arcos, de la Universidad Autónoma de Guerrero.

## RELATO DEL GRUPO I

### TEMA I. integración docente-asistencial

Después de instalarse la mesa directiva del grupo, el presidente abrió el debate para seleccionar la agenda a discutir en donde se identificaron como relevantes los puntos siguientes:

1. **Introducción.** Marco de referencia o análisis descriptivo, y preferentemente explicativo, de la situación todavía existente en buena parte de los países latinoamericanos: de divorcio o desintegración -en mayor o menor grado- entre las actividades de prestación de servicios de salud y aquéllas de formación de personal de salud.
2. Conceptuación de lo que debe entenderse como integración docente-asistencial, con indicación de sus alcances; así como de los objetivos a ser logrados a corto, mediano y largo plazo.
3. Instrumentación del proceso de integración docente-asistencial. En este punto es necesario establecer los niveles en los cuales la integración

debe darse. Se llamó la atención sobre la necesidad de clasificar las relaciones de poder entre el Estado y la Universidad en la región o el país donde la integración esté más desarrollada; así como de la realización de una investigación previa, con metodología científica adecuada, que permita definir correctamente la planificación, la ejecución y la evaluación del proyecto de integración.

## INTRODUCCION. MARCO DE REFERENCIA O DIAGNOSTICO GENERAL

Antes de entrar en la consideración de los puntos discutidos por el grupo, éste llegó al consenso de que no es posible hacer un diagnóstico general aplicable por igual a todos los países de América Latina, pues la situación es muy variable entre ellos. En un extremo se encuentra Cuba, en la cual, gracias a los profundos cambios sociales alcanzados, se tiene una completa integración docente-asistencial basada en el conocimiento científico del proceso salud-enfermedad y en una coincidencia plena entre las políticas de salud y de educación del Estado y de las universidades. En otro extremo, es posible encontrar países en los cuales las condiciones políticas, sociales y económicas han impedido cualquier progreso en el sentido de lograr ese proceso de integración docente-asistencial. Entre esos dos extremos existen varios países que han logrado, aún sin transformaciones sociales profundas, un evidente adelanto que ha permitido bastante coincidencia entre sus Estados democráticos y las universidades autónomas, en el sentido de lograr aunar los esfuerzos entre ambas instituciones para ofrecer un mejor servicio de salud a sus comunidades y preparar un personal de salud más apto para una mejor atención a éstas. En consecuencia, las consideraciones que siguen tienen aplicación variable en los diferentes países del área.

Las características generales del problema pueden ser resumidas de la manera siguiente:

a) Los Estados han tenido dificultad de definir sus políticas de salud, así como de cumplir los postulados explícitos o implícitos en ellos. En términos generales, se observa una gran multiplicidad de organismos oficiales y/o privados que laboran con poca o ninguna coordinación entre sí. La prestación de servicios concentra sus esfuerzos en una medicina curativa o restauradora que se ejerce a nivel individual, frecuentemente con una acentuada deficiencia tanto en cobertura como en profundidad o calidad del servicio. Los aspectos de atención primaria o secundaria, en particular los referidos a las actividades de promoción o prevención, son mínimos. En las políticas estatales, la salud raramente ocupa

lugar prioritario (por lo menos en la práctica) y la atención terciaria, la más desarrollada aunque insuficiente, se concentra fundamentalmente en los sectores económicamente más productivos de la población, ubicados principalmente en las áreas urbanas y peri-urbanas.

**b)** Las universidades, y dentro de ellas las facultades y escuelas responsables de la formación de personal de salud, pertenecen a un sistema educativo superior, habitualmente, con muchas contradicciones y con una política generalmente no coincidente con las políticas estatales de educación y de salud, explícitas o implícitas. También, en términos generales, se desconocen o no se toman en cuenta la realidad sanitaria, las necesidades de los grupos mayoritarios marginados; así como las condiciones sociopolíticas que interfieren en el desarrollo, en las perspectivas y en las tendencias de las aspiraciones de las comunidades.

En la enseñanza predomina una orientación biológica, con poco o ningún componente social. La metodología más informativa que formativa, se centra más en los aspectos teóricos que en los prácticos, sin que se produzca una adecuada integración entre ellos. Los profesores, en todos los niveles, en su mayoría son profesionales especializados pero con poca formación humanística y docente. Así, además de conocer poco la naturaleza y las características de los estudiantes, elaboran programas de enseñanza fragmentarios, más apropiados para la formación de especialistas que de profesionales generales propuestos en los objetivos docentes de las instituciones. Esto es válido para el personal docente propio de las universidades y, todavía más, para los profesionales de las instituciones asistenciales involucrados en la formación de personal de salud.

La investigación en salud es escasa dentro de las universidades y prácticamente ausente en las universidades asistenciales.

**c)** En cuanto a las relaciones de poder, institucionales, sociales e internacionales, se observa un divorcio o contradicción entre los intereses reales y/o aparentes del Estado con la universidad, lo cual es, por lo menos en parte, un reflejo de la lucha de clases existentes en las sociedades de casi todos los países latinoamericanos.

En el nivel internacional, es evidente la hegemonía política, económica y tecnológica de algunos países sobre otros; esta hegemonía y el poder de la oligarquía económica internacional, ejercidos a través de las grandes compañías transnacionales, influyen en tanto que la práctica de salud como la formación de personal están dirigidas a satisfacer el consumo de productos de una industria de salud cada vez más poderosa que a atender los problemas de salud de las comunidades, en particular de las más marginadas social y económicamente.

Aunque se reconoció que los profundos cambios sociales, como los ocurridos en Cuba, favorecen definitivamente la solución de los problemas de salud y de educación de las masas latinoamericanas -actualmente marginadas-; también hubo consenso en que la universidad latinoamericana, sin desmedro de su autonomía ni de sus legítimas intenciones de cambio social y plenamente consciente de los riesgos que ella implica, está obligada a aceptar el reto de instrumentar, junto con los poderes políticos, sociales, económicos y populares de sus respectivos países, mecanismos idóneos y efectivos que, como la integración docente-asistencial, puedan conducir, por lo menos, a una solución parcial de tan compleja problemática. De la misma manera los Estados deben reconocer que tienen igual obligación.

### Concepto de integración docente-asistencial

Debe entenderse como integración docente-asistencial la incorporación temprana y permanente en un proceso dinámico y crítico- del estudiante de las carreras de la salud con sus profesores, con el personal de atención a la salud y con la propia comunidad, con el objeto de realizar labores de atención integral y de investigación en la salud -de alta calidad- que permitan lograr la formación de un personal de salud técnicamente capacitado y, al mismo tiempo, comprometido con una progresiva mejoría de la prestación de servicios de salud, dentro del contexto de un favorable cambio social que contribuya efectivamente a la elevación de la calidad de vida de las comunidades latinoamericanas.

### Instrumentación de la integración docente-asistencial

El proceso anteriormente expresado y cuya aplicación trae, entre otras cosas, los beneficios del aumento de la cobertura y del abaratamiento de los costos de la prestación de servicios, debe ser precedido, en la medida de lo posible, como ya se ha dicho antes, por un acertado análisis de las relaciones de poder entre las instituciones involucradas, así como de las clases sociales dominantes y populares, por un lado; por el otro, de una investigación con metodología científica adecuada que permita precisar los detalles de la integración docente-asistencial en cada región o país.

Sin embargo, se consideró posible y oportuno hacer las siguientes consideraciones:

Sobre los niveles y alcances de la integración docente-asistencial. En cuanto a técnica docente, la integración debe darse en todos los niveles de prestación de servicios -a lo largo de toda la carrera-, poniendo énfasis en aquellos programas que más se vinculan con las condiciones reales de vida y de trabajo de la población, con el objeto de garantizar el máximo conocimiento de la realidad por parte del futuro personal de salud.

En relación a la política oficial de salud, la integración debe extenderse desde los niveles de ejecución hasta los niveles de análisis, toma de decisiones y planificación de políticas y programas de salud. Corresponde a la universidad poner énfasis en la necesidad de que la política de salud esté dirigida a lograr el más alto grado de salud posible y la mejor atención, en condiciones de igualdad, para toda la población.

En lo que se refiere a las relaciones entre el Estado y la Universidad, deben firmarse entre ambos organismos todos los convenios necesarios para garantizar la integración; en las regiones o países donde existan estos convenios, debe propiciarse su ampliación y cuidarse su cumplimiento. Dichos convenios deben permitir la preservación del principio de autonomía universitaria. Además, la universidad tiene la obligación de fortalecer su papel en el proceso de cambio social, así como de poner énfasis en una mayor vinculación y fortalecimiento de las organizaciones populares, ampliando para ello la participación de la comunidad en la elaboración y ejecución de las políticas y acciones de salud. Para facilitar todo lo anterior, debe propiciarse -siempre fue posible- la creación de un solo servicio (único) de salud. En dicho servicio, o aun solo a través de la firma de convenio, el personal docente-asistencial debe gozar de una sola contratación, por uno solo de los contratantes, dividida entre ambos.

En lo relacionado con el tipo de personal de salud a formarse a través de la integración docente-asistencial, hubo acuerdo en que deben ser todo tipo de profesionales, técnicos y auxiliares necesario para la atención integral de la salud.

Finalmente, y debido a que hubo referencia a este relato a niveles de atención de la salud, el grupo consideró oportuno fijar su criterio general al respecto. Se aceptaron los tres niveles conocidos de atención (primaria, secundaria y terciaria), los cuales fueron conceptualizados y resumidos de la manera siguiente:

El nivel primario es el primer contacto de la comunidad con el servicio de salud; se ocupa de las labores rutinarias de promoción y preservación de la salud, de la atención de los riesgos previstos así como de la primera atención a los riesgos imprevistos, los cuales, si no son resueltos, de-

berán pasar referidos, con la celeridad necesaria, a los otros niveles. Este nivel puede ser institucional o extra-institucional según los casos.

El nivel secundario atiende a los individuos que han perdido su estado de salud y que en sus casas no pudieron ser resueltos en el nivel primario; de igual manera, los casos agudos, imprevistos que acuden directamente a él. Está capacitado para el diagnóstico rápido y eficaz y la terapéutica correcta y oportuna de los enfermos ambulatorios con la patología común existente en el medio; es siempre constitucional. Los casos que no puede resolver por fallos diagnóstico o terapéuticos deben ser referidos oportunamente al nivel de atención terciaria.

El nivel terciario recibe los casos referidos por el nivel de atención secundaria, o directamente aquellos casos agudos que a simple vista requieren atención especializada.

En todos los niveles deben laborar auxiliares, técnicos y profesionales. Las diferencias, también en forma resumida, son las siguientes: en el nivel de atención primaria muchas actividades pueden ser realizadas por auxiliares o técnicos, con supervisión permanente, intermitente o periódica de los profesionales responsables; en el nivel de atención secundaria los auxiliares y técnicos, en términos generales, realizan actividades bajo supervisión directa o inmediata de los profesionales (estos son generalistas o tratándose de médicos, especializados en los clínicos básicos); en el nivel de atención terciaria, los auxiliares y técnicos sólo ayudan a los profesionales, especialistas y subespecialistas en la preparación de las condiciones de trabajo o en la ejecución de algunas labores complementarias al acto profesional. Esto quiere decir que en todos los niveles debe haber una responsabilidad calificada en actos de prestación de servicios de salud. Lo que varía es el grado directo de esa responsabilidad, de acuerdo con la complejidad del servicio que se presta. Por supuesto, es necesario admitir que en muchas áreas de muy bajas condiciones económico-sociales, la supervisión profesional del nivel primario puede estar -temporalmente- por debajo del nivel mínimo realmente deseable, desde el punto de vista teórico y moral.

## TEMA II. La situación de salud y la enseñanza de la medicina en América Latina

### Primera sesión de trabajo

El doctor Varan Von Smith coordina la parte inicial de la reunión, pidiendo a los concurrentes que a continuación eligieran a la mesa directiva, en la cual quedaron como integrantes los siguientes profesores: presidente, doctor Jorge Campos Rey de Castro, de la Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú; secretario, doctor Rolando Castillo Montalvo, de la Universidad de San Carlos, Guatemala; relator, doctor César Hermida Bustos, Universidad Central, Quito, Ecuador.

Varios elementos del grupo hicieron algunos reparos a la ponencia del doctor Octavio Rivero, referidos fundamentalmente a la concepción individualista de la práctica médica así como a la ecologista de la salud. Se criticó también el concepto de cultura que en su trabajo expone.

Las ponencias de los doctores Carlos Morós y Jorge Campos se juzgaron complementarias entre sí en sus partes descriptivas y analítica, y basándose en ellas así como en otras consideraciones, el grupo discutió para arribar a las siguientes conclusiones generales:

**1.** Que la situación de salud en América Latina corresponde a la formación social de clases en contradicción permanente, con diversas modalidades de producción que generan una patología propia de las clases dominadas, una patología de la pobreza, como bien documentadamente lo muestra la ponencia del doctor Morós.

**2.** Que la enseñanza médica obedece también a la ideología dominante de esa formación social latinoamericana, siendo el especialista prestigioso el modelo fundamental que los estudiantes de medicina tienen.

**3.** Que estas contradicciones presentes tienen su raíz en el proceso histórico latinoamericano, que se resume a continuación:

A partir de la llegada de los españoles a América, se modificó la formación social por los cambios en las modalidades productivas que se instauraron. Los españoles se constituyeron en la clase social dominante, explotadores de los indígenas en la producción agrícola-feudal, en los mitos y en los obrajes. La situación de salud como reflejo de la modificación socioeconómica se trastornó inmediatamente; no sólo por las epidemias traídas por los españoles y que diezmaron la población por la fal-

ta de inmunidad biológica, sino que se trastornó también por la modificación en el intercambio y mercadeo de alimentos y la pobreza en general, generando restricciones en la higiene y la dieta, inicialmente, y luego reales carencias y ausencias de aquéllas, que perjudicaron fundamentalmente a la niñez.

La estructura económica colonial estuvo respaldada por la ideología de la corona española y la de la Iglesia de su tiempo. Estado e Iglesia, de este modo -aunque produjeron adictos en defensa de los indios y denuncias de algunos sacerdotes- desde España tuvieron en América Latina su caracterización propia, definida por esas modalidades productivas locales.

Los servicios de salud fueron los hospitales para los enfermos crónicos y lisiados, incapaces ya de proporcionar su fuerza de trabajo. La formación de médicos se hizo en un marco académico elevado para el servicio de las clases dominantes, y la medicina aborígen fue proscrita. La preocupación por el estado biológico de los enfermos fue una preocupación caritativa y religiosa. Luego de la independencia -en el siglo pasado-, la hegemonía en el plano internacional cambió de España a Inglaterra, aunque Francia y Alemania también jugaron un importante papel en el control económico y cultural. La burguesía criolla fue, localmente, la clase dominante, y paulatinamente la producción agrícola de exportación fue perfilando un Estado liberal con su propia ideología y aparato jurídico-político. La situación de salud empeoraba para la población indígena rural, y seguía siendo la clase explotada. En el campo, la única atención fue la aborígen.

En la ciudad la atención fue hospitalaria y de asilo, para los pobres, y en el lecho de su casa, para los ricos. Los médicos provenientes de la clase dominante se formaban para servir a su propia clase, aunque ya "*practicaban*" los nuevos progresos diagnósticos y terapéuticos con los pacientes pobres de hospital. Esta situación de salud, en la época colonial, ha sido heredada en la nueva fase neocolonial, en la cual los nuevos portadores de la explotación y dominación conservan, reproducen y agudizan las condiciones de salud.

En el presente siglo la situación de salud mantiene un perfil de clase. Las infecciones matan a los niños de las clases explotadas, que al ser las mayoritarias dan perfiles alarmantes, como el caso de la mortalidad infantil; los que logran sobrevivir tienen una marcada restricción en el desarrollo físico, el peso y la talla, por ejemplo; muchos, inclusive, grados diversos de falta de desarrollo mental. Las epidemias como el sarampión, en los últimos años producen, incluso, la muerte de los niños de las clases dominadas.

La atención de salud se divide, fundamentalmente, en tres tipos: la privada, para quienes pueden pagarla, y como queda dicho con patología menos dramática; la del Seguro Social, para los trabajadores; y la atención del Estado, para la gran masa urbana, principalmente, y un poco la rural. Las clases explotadas casi no tienen atención, y su medicina aborígen es impotente ante el problema biológico del dolor y la muerte, generado por la estructura social.

En otro orden de ideas, en esta nueva etapa aparecen medidas de atención de salud que tratan de enmascarar la diferenciación de atención clasista que existe -tal es el caso de la medicina comunitaria, propuesto por agencias internacionales de la metrópoli.

4. El grupo planteó que, al ser la situación de salud dependiente de la estructura económica, la educación médica tiene por sí misma la posibilidad de modificarla y posibilitar la formación científico-política de algunos de sus docentes y alumnos, y a través de ellos contribuir a que sea el pueblo, quien tomando conciencia de la realidad, haga la transformación social a la que aspira.

5. Entendiéndolo así, debe patrocinarse al estudiante para que adquiera los conocimientos, métodos y técnicas de apoyo de la salud pública, mediante su vinculación y trabajo concreto en y con las clases dominadas.

6. Esta vinculación debe establecerse, desde el primer año de la carrera, en las distintas áreas problema con las contenidas en la enseñanza-aprendizaje de los campos biomédico y sociomédico.

7. El grupo expresó, también, la necesidad de que las facultades de medicina -sin menoscabo de su actitud crítica hacia el sistema- no limiten la autonomía universitaria y participen en la definición de las políticas de salud buscando la coherencia programática de las instituciones que integren el sistema de salud, con el fin de garantizar la total cobertura que asegure la más alta calidad de atención posible. En caso de que esto no se logre, la universidad latinoamericana debería buscar los mecanismos que le permitan vincularse a los grupos sociales donde no llega esa prestación, con el propósito de enseñar y aprender de éstos a través de las acciones de salud.

8. El grupo ratificó el criterio de que, en la pasantía hospitalaria, se utilicen en mayor grado los servicios generales y, excepcionalmente, los hospitales altamente especializados; así como que los médicos generales sean quienes participen, en mayor proporción, en la enseñanza clínica del pregrado.

9. El conocimiento de la situación de salud que lleve a una claridad diagnóstica, tanto en lo biológico como en lo social, debe intercambiarse y actualizarse permanentemente entre las universidades de América Latina a través de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, dentro de la UDUAL, que tendría en ésta una actividad positiva. Todos los indicadores de salud de América Latina serían, así, analizados por profesores de diversos países, y una o dos veces al año las facultades recibirían dichos análisis e informaciones.

10. La Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina publicará también, para intercambio, todas las actividades de investigación científica que las universidades cumplen en relación con el mejor conocimiento de nuestra realidad. A través de estos mecanismos se posibilitará el conocimiento no sólo de la situación de salud, sino también de la práctica y la enseñanza médicas, y los elementos ideológicos de cada uno de ellos. Se conocerá, también, el origen de algunas iniciativas de la dependencia "*que a veces tomamos de afuera y las defendemos como nuestras*".

11. La parte clínica de la Medicina deberá abordarse propiciando más la integración docente-asistencial, buscando los mecanismos que permitan su vinculación con los organismos prestadores de servicios.

12. Así pues, con énfasis en los núcleos rurales urbanos marginados, la adquisición de los conocimientos biológicos y sociales se hará metodológicamente a través de la vinculación técnico-práctica y, operativamente, mediante la investigación docencia-servicio.

### RELATO DE LA COMISION 3

#### TEMA: La autonomía universitaria y educación médica

La comisión que abordó el tema de la autonomía universitaria realizó un análisis del concepto autonomía y enseñanza de la medicina, tomando en cuenta el contexto social en que se analiza la medicina. Se insistió en que ésta debe constituir un instrumento, un medio para lograr un cambio social necesario, con excepción de Cuba, en donde ya resueltas las contradicciones entre la universidad y los intereses del Estado, esta visión no tiene razón de ser.

Se hizo hincapié en la participación estudiantil en la elaboración de los currículos de medicina y en la participación de la universidad vinculada estrechamente con el pueblo. Se sostuvo que en la medida en que se estreche este vínculo, será el propio pueblo el que defienda esta auto-

mía. Es decir, se planteó claramente el importante papel que juega ésta no sólo como factor de cambio para el desarrollo de la formación de nuestros profesionales de la salud y por ende de la salud pública de nuestros pueblos, sino como instrumento de gran valor para lograr el cambio social en los países de Latinoamérica, excepto Cuba.

Se discutió sobre la participación de los estudiantes, docentes y trabajadores universitarios en las formas de cogobiernos universitarios.

Otro aspecto que se analizó fue el de la necesidad de una orientación adecuada para la educación médica en función de las necesidades sociales, tomando en cuenta la proyección hacia la sociedad en nuestros planes de estudio y teniendo como objetivo la formación de profesionales con una mentalidad crítica y renovadora; es decir, como elemento motivo en su interrelación con la sociedad.

Se considera que debe incrementarse la participación estudiantil en los eventos de la UDUAL. Se planteó la necesidad de crear un órgano de las universidades latinoamericanas que sirva de vigilante con vistas a salvaguardar la autonomía universitaria, en la cual se excluyan los intereses de países o compañías transnacionales.

Se plantearon diferentes denuncias de situaciones que ocurren en diferentes países, tales como presiones económicas gubernamentales sobre la universidad a través de la disminución de presupuestos y su desvío para otros fines, por ejemplo los de tipo militar, que van a ser utilizados en la adquisición de armamentos para reprimir al pueblo, como es el caso de El Salvador.

La violación flagrante de la autonomía universitaria por parte del Estado, como sucede en Honduras y Guatemala, y las violaciones que se observan en las universidades de México (las de Nuevo León, Guerrero y Nayarit). También se hicieron planteamientos en cuanto a los aspectos legales de la autonomía.

Al finalizar, se arribó a los siguientes acuerdos:

**I.** Que el Estado subvencione las universidades autónomas, reconocidas como tales por la UDUAL, con base en un presupuesto adecuado que permita cumplir sus funciones plenamente, de acuerdo a los requerimientos educacionales, científicos de investigación y culturales del país; y que este presupuesto no debe ser utilizado como mecanismo de presión por parte de las autoridades gubernamentales.

2. Esta conferencia se pronuncia partidaria de formar un gobierno universitario (tanto en la elección como en el funcionamiento mismo), con participación de toda la comunidad universitaria (estudiantes, docentes y trabajadores no docentes).

3. Ratificamos los acuerdos de La Habana con relación a la participación estudiantil en los eventos de la UDUAL. Deben agilizarse los mecanismos que garanticen esta participación. Deben difundirse, de la manera más amplia, los acuerdos tomados en las conferencias de la UDUAL.

4. La XI Conferencia de la UDUAL solicita al Comité Ejecutivo la creación, en su propio seno, de una comisión permanente de vigilancia y desarrollo de la autonomía universitaria que tome las medidas tendientes a restituir y fortalecer la autonomía en todas las universidades.

5. Este grupo de trabajo traslada para la plenaria general final, la discusión y el planteamiento de la creación de un organismo que agrupe a las facultades y escuelas de medicina latinoamericanas.

6. Que se emita una declaración de protesta y condena en contra de la violación de la autonomía universitaria por parte de los regímenes fascistas totalitarios que imperan en América Latina.

7. Que deben incluirse, en la declaración final de esta XI Conferencia de la UDUAL, como principios de la autonomía universitaria lo siguiente:

a) Luchar por la enseñanza y el desarrollo de la ciencia, así como por el fortalecimiento de una nueva cultura, rescatando del pasado los elementos básicos.

b) Luchar por una nueva reorientación del proceso enseñanza-aprendizaje, con miras a combatir la dominación ideológica burguesa en las relaciones docente-estudiante.

c) Profundizar la ruptura ideológica con los esquemas de la clase dominante.

d) Organizar a las masas para que las crisis adquieran un carácter orgánico.

e) Fortalecer la unidad docente-estudiantil como aliada al proletariado revolucionario.

Declaramos como *objetivos* para darle verdadero valor a la autonomía de la Universidad, lo siguiente:

- Patrocinar el conocimiento profundo de las realidades nacionales.
- Dar importancia primordial al estudio científico de los problemas nacionales y latinoamericanos.
- Desarrollar la cultura y el saber científico como medios para la liberación del hombre y para promover las transformaciones fundamentales que los países requieren.

**8.** Declaramos un amplio reconocimiento al Frente Sandinista de Liberación Nacional de Nicaragua, que trabaja por la creación de una nueva sociedad más justa para el heroico pueblo nicaragüense, y nos pronunciamos por el reconocimiento al nuevo triunfo del pueblo panameño en la recuperación de su canal.

**9.** Se hará circular un boletín que plantee las denuncias aquí vertidas, con el objeto de que cada delegación, a su vez, haga los pronunciamientos respectivos al llegar a su país de origen.

### Cuerpo de denuncias

El grupo de trabajo acuerda lo siguiente:

**1.** Recibir las denuncias formuladas en el grupo III de trabajo y solicitar a la UDUAL que haga las protestas respectivas ante los gobiernos que se aluden.

**2.** Exigir al gobierno de Honduras la derogación del decreto 354, que lesiona la autonomía universitaria en ese hermano país, y demandar ante ese mismo gobierno un mayor presupuesto para su Universidad Estatal, con el fin de mejorar el desarrollo de su actividad académica.

**3.** Protestar ante la opinión pública por la violación de la autonomía universitaria que se pretende hacer, así como por las agresiones que ya sufren las universidades de los estados de Guerrero, Nuevo León y Nayarit.

**4.** Protestar ante el Congreso de la república de Guatemala y solicitar, por parte de la UDUAL, que sean atendidas las peticiones de las autoridades de la Universidad de San Carlos, Guatemala, de tal manera que se le conceda el cinco por ciento del presupuesto nacional para 1980 y favorecer, así, la formación de profesionales que Guatemala necesita. La copia de esta protesta debe ser enviada al presidente constitucional de la República y a la asociación de periodistas del mismo país.

5. Protestar ante el gobierno de la república de El Salvador por la sustracción, para incrementar el del Ministerio de la Defensa -como es de imaginar- servirá para la compra de armamentos que masacrarán a ese hermano pueblo, de un millón seiscientos mil dólares del presupuesto de la Universidad Nacional de ese país.

6. Denunciar la retención del subsidio de que ha sido objeto la Universidad Autónoma de Guerrero. Todas las universidades de la UDUAL enviarán su apoyo a esta denuncia por medio de telegramas dirigidos a las autoridades correspondientes. Esta denuncia tiene carácter de *urgente*, debido a la crítica situación existente.

## MESA REDONDA

### Política de población en América Latina

Siendo las 9:00 horas se procede a la instalación de la mesa redonda que habrá de desarrollarse sobre Política de población en América Latina. Presiden esta mesa los doctores Pedro Rojas, UDUAL; César O. Reyes M., presidente; Varán V. Smith, secretario.

El doctor Reyes Méndez sitúa el propósito y el doctor Smith presenta a los ponentes, apuntando que el desarrollo, al igual que los debates, será moderado por el doctor César Hermida, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Quito, Ecuador. Aclara, asimismo, que el licenciado Olivín Rodríguez actuará en lugar del doctor Dagoberto Espinosa, de la Universidad Autónoma de Honduras.

En torno a los aspectos tratados en la mesa redonda sobre Política de población en América Latina se produjeron comentarios que por su importancia merecen ser recogidos en el relato.

Después de dispensar el mayor respeto y consideración al trabajo presentado por el doctor Garbugino, se le hizo una pregunta, luego de recalcar algunos aspectos del trabajo en relación a lo expresado por Alberdi ("*Gobernar es poblar*") y la proposición de extranjeros que forman parte de la población argentina. Se trajo a la memoria, también, el hecho histórico del aspirante a la Presidencia de Chile en 1938, quien abogaba por la inmigración masiva de europeos. La pregunta formulada fue la siguiente: ¿Cuál ha sido la política de Argentina con respecto a la población autóctona?, que se completa con esta: ¿qué medidas de protección se han adoptado para proteger a los aborígenes y a sus descendientes directos? El cuestionante traía a colación el exterminio de los onas en la

Patagonia y el dramático hecho que ocurrió con la muerte de Felipe, acacida recientemente, quien era el último representante de su raza. Y continúa el expositor recordando que las razas aborígenes no se extinguieron o están en vías de extinción en nuestra América por casualidad, sino que fueron víctimas del trato brutal y la explotación extrema a la que los llevó la voracidad de los colonizadores. Trajo a colación cifras estadísticas impresionantes y atestiguó haber tenido en sus manos calaveras de patagonenses con orificios de bala, testimonio irrefutable de que los ingleses pagaban una libra esterlina por cada cabeza de indígena que les llevaban. El doctor Garbugino señaló lo que el gobierno argentino ha hecho en beneficio de las minorías aborígenes a través del Ministerio del Interior.

Cosas como estas ocurrieron también en la Tierra del Fuego, en su parte chilena, y se sabe que muchos millonarios de Buenos Aires y Santiago hicieron su fortuna con este procedimiento brutal y criminal, quedando claro, además, que eran inmigrantes extranjeros, en su mayoría de procedencia europea.

Y finalizó su intervención hablando de la preocupación y atención que el gobierno popular de Salvador Allende prodigó a las minorías aborígenes de su país.

Al calor de los debates el doctor César Hermida, moderador de la mesa, cree oportuno leer un documento con el propósito de centrar el tema; Se transcribe íntegramente su contenido.

En uso de la palabra, el doctor Enrique Soto, de la UAP, expresó sorpresa por la situación argentina y criticó la aceptación de posiciones gubernistas anticríticas y contentivas de "*buenas intenciones*". También se alertó sobre especulaciones hechas acerca de trabajos por computación que no reflejan la verdad y solamente sirven al imperialismo.

En el debate surgió una serie de preguntas en relación a la política de población en los países socialistas y se cuestionó la factibilidad de la solución de los problemas de alimentación en los regímenes socialistas, tomando como base la importación de alimentos por dichos países. En este sentido, se produjeron opiniones que explicaban que esto no se debe a crisis de producción sino a sus variaciones, relacionadas a cambios climáticos y de otro tipo, por un lado; por el otro, a las estrategias. Independientemente de la importación de alimentos y otras medidas tomadas por los gobiernos socialistas, el estímulo o la falta de él para la natalidad en esos lugares, depende del momento histórico que viven.

Dentro del contexto de superpoblación -presunta o futura- que amenaza al mundo y su relación con las dificultades para alimentar a los pueblos, se aclara que algunos países que actualmente tienen una gran densidad de población no han muerto de hambre, a pesar de que desde tiempos remotos se planteaba la posibilidad de lograr un país ideal y con esto dieron lugar al nazismo y al concepto de espacio vital, etcétera. Por otro lado países desarrollados, que planteaban la limitación de la población en los pueblos subdesarrollados, importan ellos mismos mano de obra y, a su vez, tratan de imponer planes anticoncepcionales en otros.

Muy interesante resultó el planteamiento de vincular la política de población con la lucha de las clases trabajadoras, hubo quien apuntó que la planificación familiar no ha sido elaborada por los obreros sino impuesta; que sus consecuencias son desfavorables al sector obrero y a la salud de ese sector.

Al parecer hubo consenso en negar que la densidad de población no es un índice suficiente para autorizar la reducción de la masa y pensar en futuras catástrofes; así, surgió una pregunta: ¿por qué China y la URSS tienen tasas de natalidad más bajas que América Latina?

Dentro del problema expuesto y la discusión que se generó, parece que quedó claro que deben estudiarse con profundidad estos problemas en el ámbito universitario, tanto por los profesores como por los estudiantes, con el fin de definir mejor las diferencias existentes entre política de población y planificación familiar. Se evidenció, por otra parte, que no todas las universidades sostienen puntos de vista semejantes a este respecto. Quedó claro que los objetivos que se han planteado las organizaciones que patrocinan la política de población, determinada por la reducción de la población misma a través de la planificación familiar, no han sido alcanzados en la medida de lo propuesto, razón para pensar que esta vía no es la adecuada. Uno de los delegados, en representación de un grupo, propuso que se tomase en consideración el análisis de la contradicción que se produce a nivel individual; pidió que se hiciera un deslinde entre política de control y campaña de natalidad y que sustentara el caso individual que representa el derecho de las personas a controlar su reproducción; pidió asimismo, que se tomara en cuenta, al estudiar esta problemática, la diferencia de situación entre clases sociales y entre lo urbano y lo rural, todo esto relacionado con el avance del capitalismo latinoamericano. Y luego, para poner en duda las presuntas bondades de estos programas, ejemplificó con la India, donde después de varios años de campaña no ha habido disminución significativa de la natalidad. El mismo grupo alerta en contra del neocolonialismo farmacéutico, puesto que experimenta con medicamentos cuyo efecto no se pue-

de proveer y se usa, en comunidades marginadas, con apoyo estatal y conformidad médica; denuncia, también, los métodos de esterilización definitiva así como la utilización de productos farmacéuticos de un solo laboratorio, lo cual permite entrever el propósito mercantilista. Y agrega que es falsa la hipótesis sustentada en la esterilización como la única medida eficiente para disminuir la tasa de natalidad, a lo que él opone la posibilidad de un mejor empleo para la mujer, señalando el caso de Cuba como un claro ejemplo. Se demuestra que la garantía de un mejor empleo, mejores condiciones de vida y educación, es la vía más adecuada.

Este grupo se manifiesta, también, contra la negativa de realizarle un aborto a la mujer que dentro del control de la natalidad queda embarazada por abandono transitorio de dicho control; la represión, entonces, llega a retirar todo apoyo, con lo cual queda claro que la preocupación de esta organización, que instituye dicho programa, no es por la salud de la mujer y sus hijos, sino que teme un crecimiento poblacional en el orden político.

## CONSIDERACIONES FINALES

Señores delegados:

Lo que han escuchado es el relato final que pretende recoger, en la primera parte y de una manera sintética, lo vertido en las sesiones plenarios. En cuanto a las sesiones de trabajo que para el efecto se realizaron, las consideraciones fueron presentadas íntegramente, sin quitar ni agregar nada.

Ahora bien, la mesa redonda abordó problemas que, por primera vez, en un ambiente de libertad, sin presiones y sin obedecer consignas, fueron respetados los puntos discordantes. La posición de la universidad latinoamericana fue conocida; se denunció y condenó a los neomalthusianos, quienes pretenden justificar sus tesis ya superadas, en un vano intento de detener a los pueblos latinoamericanos por conquistar su segunda independencia y la posibilidad de que, en el marco de la autodeterminación, seamos los propios latinoamericanos los que decidamos nuestro futuro. Pensamos que estamos lejos de haber agotado esta discusión e invitamos a todos los participantes para que en sus respectivas universidades sean los portavoces y vigilantes de estos acuerdos, que además se cumplan.

En cuanto a la autonomía universitaria, no es casual que en fecha como la del 2 de octubre se haya debatido este cada vez más vigente tema. Todos coincidimos en que la agresión velada o abierta a la autonomía está instrumentada por las facciones más reaccionarias y retardatarias de nuestra sociedad; y que en cada agresión se pierden algunas veces a los mejores hijos de la universidad. Este es sin embargo, el alto costo que tienen que pagar los pueblos en su lucha por la liberación. El ejemplo más reciente es el triunfo de la avasalladora fuerza sandinista, que derrotó un ejército regular, de los más sanguinarios y brutales que la historia haya registrado. Saludamos, entonces, el triunfo de la Revolución Sandinista, que plantea una Nicaragua libre.

Señores delegados, como universidad sede, reiteramos nuestro vehemente deseo de continuar conformando lazos cada vez más estrechos y más sólidos con todos los pueblos a través de nuestras instituciones.

Esta XI Conferencia ha sido producto de un enorme esfuerzo de los universitarios poblanos; hemos tenido que vencer infinidad de obstáculos de quienes emboscados o en forma abierta pretendían hacer fracasar nuestro sentimiento solidario en problemas comunes. Creemos haber cumplido gracias al tesón y compromiso que advertimos en la X Conferencia en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

Nos sometemos a su duro juicio. Muchas gracias.

#### Cuarta sesión plenaria

Se celebra en el Salón Barroco del Edificio Carolino de la UAP siendo las nueve horas del día 5 de octubre de 1979. Presiden la sesión los doctores Pedro Rojas, secretario general de la UDUAL; César O. Reyes Méndez, presidente (UAP); Rafael Valdez Aguilar, vicepresidente (UAP); Rafael Marantes, vicepresidente (Venezuela); Varán V. Smith, secretario (Cuba); Víctor M. Sánchez Martínez, relator general (UAP).

Abre la sesión plenaria el presidente, quien solicita a los delegados la elección de la persona que dirigirá la palabra al pleno en nombre de todas las facultades y escuelas de medicina presentes. El honor recae sobre el doctor Edgardo Enríquez, representante de los Académicos Chilenos en el Exilio. Acto seguido se ofrece la palabra al doctor Sánchez Martínez, relator general de la Conferencia, con el fin de leer los documentos. Terminada la lectura se abre el debate del relato final.

- El doctor Carlos A. Morós Gherzi, de la Universidad Central de Venezuela, propone que se incluyan los acuerdos de la Comisión II y muestra su desacuerdo sobre el concepto de autonomía expresado por la delegación cubana, sin embargo reconoce los avances que en materia de educación y salud ha logrado Cuba en los últimos años.

- La doctora Hermila Ramírez Dávalos, de la Universidad Autónoma de Puebla, propone modificaciones al relato del Tema II y presenta un documento que no fue puesto a discusión en la Mesa II y que se transcribe al final.

- El doctor José W. Torrealba, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Carabobo, Venezuela, muestra su preocupación por la excesiva radicalización del relato, aunque está de acuerdo con el fondo mismo. Esto puede, según su opinión, marginar a sectores que no se encuentran definidos en el cotidiano quehacer médico latinoamericano.

- El doctor Alonso González, de la Universidad Autónoma de Honduras, hace referencia a un artículo promulgado recientemente en su país y que afecta a la universidad. El doctor José García Ramírez, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, refiere que se aprobó un acuerdo en la Comisión III que ya estaba contenido en los estatutos de la UDUAL. Por lo tanto, propone que no se modifique el acuerdo y quede como reafirmación.

- El doctor Salvador Rosales de Gante, de la Universidad Autónoma de Puebla, pide mayores aclaraciones sobre el trabajo de la Mesa III.

- El doctor Raymundo Solís Acosta, de la Universidad Autónoma de Nayarit, indica que hay problemas internos en las universidades por el control sindical y luchan por la titularidad.

- Jorge Reyes, estudiante de la Universidad Nacional del Ecuador, ofrece un saludo a nombre de los estudiantes ecuatorianos; plantea los problemas que vive la Universidad y pide solidaridad para con la lucha estudiantil.

- El doctor Alberto Hatim Ricardo, del Instituto Superior de Ciencias Médicas, Cuba, expresa que todo lo recogido en el relato de la Comisión III fue aprobado por el pleno de ella.

- El doctor Jorge Campos Rey de Castro, de la Universidad Nacional Mayor, Perú, aclara situaciones recogidas en el relato de la Mesa II y señala que, en el caso de Sudamérica, las universidades autónomas son privadas; señala también, la necesidad de que se especifique que sea el Estado quien financie aquellas instituciones universitarias que dependen económicamente de los subsidios otorgados por el gobierno.

- El doctor Rafael Marantes, de la Universidad Central de Venezuela, se refiere a la pretendida idea de crear una nueva asociación regional específica para la rama de la medicina dentro del marco de la UDUAL; muestra su preocupación porque en la UDUAL se tomen posiciones sociales avanzadas, mientras sucede lo contrario en el seno de las reuniones de FEPAFEM, siendo las mismas personas quienes participan en ambas asociaciones.
- El doctor José García Ramírez, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, pide que la discusión se ciña a los marcos de referencia durante los debates.
- El doctor Pedro Luis Castellanos, de la Universidad Central de Venezuela, dirige palabras encomiásticas al doctor Morós; habla, además, de que la UDUAL debe contener, en su seno, una amplia heterogeneidad de ideas; y propone, asimismo, una comisión de estilo para lograr un relato más homogéneo.
- El doctor Fidel Ilizastegui, del Instituto Superior de Ciencias Médicas, Cuba, se muestra contrario a la propuesta hecha por el doctor Castellanos.
- El doctor Morós Gherzi, de la Universidad Central de Venezuela, solamente pide que se introduzcan en el relato sus conceptos sobre el Tema III.
- El doctor Julio de León, de la Universidad de San Carlos, Guatemala, propone que se incluyan en el relato los aportes y enmiendas hechas en esta plenaria.
- El doctor Rafael Valdez Aguilar, de la Universidad Autónoma de Puebla, señala que las reuniones de la UDUAL y de FEPAFEM son cosas absolutamente distintas.
- El doctor Víctor M. Sánchez Martínez, de la Universidad Autónoma de Puebla, señala que desearía se votara la propuesta de creación de la comisión de estilo, pues no quiere dejar dudas de las intenciones del relator general, máxime que algunos de los documentos fueron entregados el día de la lectura del relato, en la mañana, a las nueve horas, por los relatores de cada comisión. Señala, además, que se han respetado los documentos en forma íntegra y, en todo caso, es responsabilidad de cada relator hacer las enmiendas de sus propias mesas; por último, está de acuerdo en homogeneizar el contenido de las sesiones plenarias, lo que se llevará a cabo en su oportunidad. Acto seguido se somete a votación la propuesta de creación de la comisión de estilo por un lado; por el otro,

que sea el propio relator quien corrija el estilo, propuesta hecha por el doctor Fidel Ilizastegui, de Cuba. Se aprueba por unanimidad que sea el relator general quien tome en cuenta las enmiendas hechas en esta plenaria. A continuación se pone a consideración de la Asamblea la elección de la próxima sede de la XII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, de la UDUAL.

- El doctor José W. Torrealba, de la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela, pide la sede para la XII Conferencia.

- El doctor José Enríquez Zelaya, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, pide la sede para Centroamérica, concretamente para Tegucigalpa.

- El doctor Rolando Castillo Montalvo, de la Universidad de San Carlos, Guatemala, solicita la sede para Centroamérica, pero sin especificar país, pues sólo lo ha consultado telefónicamente con la Confederación Universitaria Centroamericana, que será la organización que designará la sede y, posteriormente, dará a conocer la decisión de la UDUAL a todas las Universidades integrantes de ella.

- El doctor Torrealba apoya los planteamientos de Honduras y Guatemala, proponiendo que sea la Universidad de Carabobo la sede alterna.

Se somete a votación la sede de la XII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina; el resultado es Centroamérica, en el país que elija la Confederación Universitaria Centroamericana; se aprueba, finalmente, que la Universidad de Carabobo sea subsede del evento.

A continuación se pasa al punto de Asuntos Generales.

- El doctor José García Ramírez hace uso de la palabra para proponer la creación de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina como organización dependiente de la UDUAL. Se incluyen a continuación los argumentos que apoyan la creación de esta nueva asociación en el acta que se transcribe:

- El doctor José W. Torrealba propone que una comisión contacte con el resto de las facultades y escuelas integrantes de la UDUAL, pues sólo son diecinueve las representadas en esta sala.

- El doctor Rafael Valdez Aguilar apoya la propuesta del doctor José García Ramírez; señala, además, que la creación de esta asociación satisficere una vieja aspiración latinoamericana.

- El doctor Magín Domingo Puello, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana, se mantiene en favor de la propuesta y argumenta su punto de vista; pero piensa que pudiera ser prematura, en este momento, la creación de dicha organización.

- El doctor Pedro Rojas, de la UDUAL, piensa que sólo se puede aprobar si en principio se crea una comisión que trabaje con el fin de consultar y presentar una aprobación definitiva ulteriormente.

Se somete a votación y se aprueba, en principio, la creación de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, o como en el futuro se designe; la votación arroja mayoría en este sentido.

- El doctor José García Ramírez propone a continuación la creación de la comisión encargada de impulsar esta nueva organización y pone a consideración las siguientes universidades:

- Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
- Universidad Autónoma de Puebla.
- Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.
- Universidad Central de Quito, Ecuador.

Se aprueba por unanimidad esta comisión.

- El presidente otorga la palabra al doctor Magín Domingo Puello, quien lee un documento, en el que pide la solidaridad para con los pueblos de Nicaragua y Panamá, y lo propone para que sea incluido en el relato final. Se aprueba por unanimidad.

Se conceden diez minutos de receso para la ceremonia de clausura.

**CEREMONIA DE CLAUSURA**



## Sesión de clausura

El presídium se integró de la siguiente manera:

Ingeniero Luis Rivera Terrazas, rector de la UAP; doctor Enrique Ventosa, representante del gobernador del estado; licenciado Alfonso Vélez Pliego, secretario general de la UAP; doctor Pedro Rojas, secretario general de la UDUAL; licenciado Edgar Armenta Castro, secretario particular de Rectoría; doctor César O. Reyes Méndez, presidente de la XI Conferencia; doctor Varán V. Smith, secretario de la XI Conferencia.

Presentado el presídium, se ofreció la palabra al doctor Pedro Rojas, quien pronunció su discurso en calidad de secretario general interino de la UDUAL; a continuación a doctor Edgardo Enríquez, quien hace un bello discurso en nombre de todos los delegados a esta XI Conferencia de la UDUAL.

En su turno, el doctor César O. Reyes Méndez dio las gracias a nombre de la UAP.

Finalmente, el discurso de clausura estuvo a cargo del ingeniero Luis Rivera Terrazas, rector de la UAP.

La ceremonia se da por concluida a las catorce treinta horas.

Señor presidente.

Señores miembros del presidium.

Señores delegados.

La presente propuesta, que sometemos a la consideración de esta asamblea, procura establecer mecanismos que fortalezcan la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL). En este sentido, señalamos una serie de preocupaciones que han surgido desde hace un tiempo y que nosotros creemos haber interpretado y recogido para exponerlas a vuestra consideración.

### Propuesta a la XI Conferencia

Preocupados porque entre una conferencia de medicina y otra, de las patrocinadas por la Unión de Universidades de América Latina, se produce una pérdida de contacto entre nuestras facultades; preocupados porque los acuerdos tomados en las conferencias no se llevan a cabo, como fuese deseable; preocupados por aumentar los contactos y los lazos de unión entre las facultades y escuelas de medicina de América Latina; preocupados porque cada vez más otras facultades de nuestras universidades también se reúnen periódicamente y sus recomendaciones y resoluciones no tienen aplicaciones reales y prácticas; preocupados porque este tipo de eventos puedan convertirse en reuniones frustratorias de los asistentes, en función de que no se apliquen las resoluciones; un conjunto de delegaciones y universidades proponen a esta asamblea plenaria los siguientes considerandos:

- a) Que la multiplicidad de tareas de la UDUAL limita, cada vez más, en sus posibilidades de ampliar el radio de acción tendiente a satisfacer a plenitud, las preocupaciones externadas y también angustia a otras facultades.
- b) La necesidad cada vez más manifiesta de luchar por la identificación e integración de las facultades de medicina de América Latina, libres de influencias y programas que aumenten la dependencia.
- c) La necesidad de un organismo regional periférico de la UDUAL para que agilice las tareas que el campo de la educación médica reclama.
- d) Que el derecho a la salud en América Latina sólo es un enunciado para un conjunto importante de hombres y mujeres de nuestros países y es nuestro deber luchar para que ese derecho se convierta en una realidad.

e) Considerando, finalmente, la necesidad de intercambios académicos, profesoriales, estudiantiles, investigativos, programáticos entre nuestras universidades, las cuales desbordan las posibilidades reales del secretariado de la UDUAL, se propone a esta magna asamblea lo que sigue:

**1.** La creación de la Asociación o Federación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina como un organismo dependiente de la UDUAL.

**2.** Este organismo tendrá como objetivo fundamental, entre otros, los siguientes:

**2.1** Establecimiento de un mecanismo regional permanente y operante que vigile la implementación de las resoluciones tomadas en la conferencia de medicina de la UDUAL.

**2.2.** Organizar, junto a la Secretaría General de la UDUAL y la universidad sede, las conferencias de medicina de la UDUAL.

**2.3** Realizar seminarios regionales pre y post-conferencias que permitan canalizar y ejecutar las recomendaciones de nuestros eventos.

**2.4** Hacer recomendaciones a la UDUAL y a las universidades sobre todo lo relacionado con la enseñanza de la medicina entre los países de América Latina.

**2.5** Ser organismo consultor de la UDUAL en todo lo referente a educación médica y programas de salud.

Todos los objetivos e inquietudes surgidas de esta asamblea o de sus miembros por separado, que conlleven la materialización de sus fines o propósitos.

**3.** Designación, por parte de este plenario, de un comité organizador provisional con una duración limitada y objetivos definidos. Sus responsabilidades serán las siguientes:

**3.1.** Elaborar un borrador de estatutos, que no colinden con los de la UDUAL.

**3.2.** Convocar a las reuniones que fuesen necesarias para el o los pre-congresos estatutarios y difundir los acuerdos de las anteriores conferencias, en especial los de esta XI Conferencia.

**3.3** Participación en los trabajos preparatorios de la XII Conferencia.

**3.3.** Preparar la asamblea constituyente, en la cual se celebrará una de las sesiones de la XII Conferencia.

**3.5.** La sede provisional podría establecerse en la sede de la UDUAL.

**3.6.** Otras funciones que este plenario decida otorgarle.

Recinto de la Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México, 5 de octubre de 1979.

Intervención del delegado oficial de Cuba, doctor Abdo Hernández González, vice-rector primero del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, en la sesión plenaria del 2 de octubre de 1979

Hemos solicitado la palabra para llevar al ánimo de ustedes, señores delegados, la posición de Cuba en relación a la autonomía universitaria, tan debatida en las ponencias presentadas. Para ello, es necesario señalar que el concepto de autonomía no puede ser abstracto; este concepto es variable históricamente. En algunas de las ponencias que se han dictado, se habla de la autonomía de causas minoritarias (feudalismo y capitalismo); pero el concepto de autonomía, con la revolución socialista, cambia de carácter y se funda con las necesidades, propósitos y objetivos de todo el pueblo. Para comprender esto, es indispensable que hagamos una síntesis del desarrollo histórico de la autonomía universitaria en nuestro país.

La educación se mantuvo, durante todo el siglo XIX, en el plano de retraso, verbalismo y dogmatismo, que era lo más conveniente para el ejercicio de la colonización a la que Cuba vivía sometida.

El extremo -la república- no significó un paso de avance, puesto que no podía serlo porque tampoco la república trajo la victoria de la independencia nacional, ni siquiera el ascenso de una burguesía industrial a las posiciones dominantes de la economía. Lo que se produjo, fue la penetración violenta del capital financiero norteamericano y el apoderamiento progresivo de esas posiciones claves por consorcios monopolistas yanquis.

La estructura económica de Cuba quedó definida por el monocultivo, la monoproducción azucarera y la monoexportación. Por su parte, la burguesía industrial nacional no supo nunca tomar la postura rectora en una verdadera batalla por la independencia. Cada vez más fue dominada, dependiendo así de Estados Unidos en la importación de maquinaria, materias primas y cediendo a la presión interna de un sistema bancario extranjero. Esta burguesía, al mismo tiempo, se atemorizaba por el empuje revolucionario de los obreros, los campesinos y las fuerzas radicales de

la pequeña burguesía estudiantil e intelectual. En esas circunstancias históricas, tampoco era posible que triunfaran las ideas sobre la renovación de la enseñanza. Para esto, era precisa la victoria de las fuerzas que encarnaban una distinta actitud ante el sometimiento del país.

Lo anterior determinó que aquellos inconformes con la universidad colonial y carcomida, iniciaron en los años veinte de este siglo el combate por una profunda reforma universitaria. En la tercera década republicana, la Universidad de La Habana comenzó a inquietarse por movimientos que apuntaban hacia una transformación realmente revolucionaria. El más alto representante de este momento era Julio Antonio Mella. Ya en 1927 había escrito sus tres postulados fundamentales de la Revolución Universitaria: democracia universitaria, renovación del profesorado o docencia libre y lucha social, ningún postulado de más interés que este último; lo que caracteriza a la revolución universitaria en su afán de ser un movimiento social, de compenetrarse con el alma y las necesidades de los oprimidos, de salir del lado de la reacción y formar valiente y noblemente, en las filas de la revolución social, en la vanguardia del proletariado. Este magnífico movimiento era un reflejo superior de la Reforma Universitaria iniciada en la Universidad de Córdoba y fue definido por Mella *"como una batalla en el terreno educacional de la gran guerra de clases en que está empeñada la humanidad"*. En sus palabras queda claro que sólo un proceso revolucionario triunfante puede traer una nueva universidad.

Cada vez más, los campos quedan definidos: de una parte, los que entendieron que podría lograrse una universidad distinta sin cambios revolucionarios; por la otra, los que veían, cada día con mayor claridad, que era indispensable la derrota de las clases dominantes aliadas al imperialismo, para poder establecer una universidad que sirviera a los intereses del pueblo de Cuba. Esta lucha que se establece permite una mayor intervención en la práctica y una comunicación creciente con el pueblo; se ensancha la participación estudiantil en las luchas sociales y políticas de ese momento. Al mismo tiempo la pequeña burguesía nacional, el proletariado y el campesinado, asfixiados por el régimen económico y juguetes de los apetitos de la metrópoli yanqui, hallaron un reflejo de sus anhelos en las luchas estudiantiles de la Universidad de La Habana.

A esa actitud del estudiantado, reflejo de la oposición pública, respondieron los distintos gobiernos que se sucedieron en el poder, ya con la coacción y la violencia que encarcelando, torturando y asesinando a los dirigentes estudiantiles y a profesores; ya con el halago y el soborno, que comprando con dinero cargos oficiales a los grupos minoritarios de traidores que se prestaron a ello.

La autonomía universitaria, concebida como una reivindicación, fue obtenida por los profesores y estudiantes y esto permitió el desarrollo de las luchas estudiantiles contra los gobiernos en turno, los cuales en varias ocasiones violaron esa autonomía. Este era el cuadro característico existente en nuestro país antes del triunfo revolucionario que permitió la propiedad de los medios de producción para el pueblo.

En esta etapa la autonomía universitaria no tiene razón de ser, porque cuando la educación se abre para todo el pueblo y los hijos de los obreros y campesinos entran en la universidad; cuando la salud es un derecho del pueblo y la responsabilidad del Estado es mantenerla; cuando el desempleo es erradicado y cada ciudadano, una vez graduado tiene asegurado el empleo, ya esa reivindicación no es necesaria puesto que la universidad es parte indisoluble del mismo pueblo, forma los profesionales que ese pueblo necesita y sus intereses son idénticos.

### Síntesis de la intervención de la delegación cubana sobre el tema III

Se hace una apreciación general de las tres ponencias presentadas. La primera analiza la situación de la autonomía en la República Dominicana; la segunda analiza la cuestión en Chile y, en cierta medida, en México; la tercera, finalmente, hace un análisis conceptual de la autonomía en el contexto de los países de América Latina bajo las condiciones del régimen capitalista. La delegación cubana planteará oportunamente su posición sobre la Autonomía en una sociedad socialista.

Saludamos la apertura democrática en la República Dominicana y los esfuerzos de nuestros colegas dominicanos por poner al servicio de la salud del pueblo, del progreso del país y de la enseñanza de la medicina, la autonomía recientemente alcanzada luego de su larga y heroica trayectoria de lucha. Condenamos, asimismo, la ruptura de la autonomía universitaria por el régimen criminal y fascista de Pinochet. El pueblo chileno recobrará su libertad más temprano que tarde.

Entendemos la necesidad objetiva y la importancia de la autonomía universitaria, como instrumento de lucha por las transformaciones políticas y sociales, así como agente inmoderador del proceso pedagógico, en los países latinoamericanos. La autonomía debe ser cuidada como la niña de nuestros ojos. Acogemos con beneplácito el profundo y enjundioso análisis crítico -de elevado sentido conceptual- de la autonomía en el contexto de América Latina y destacamos y hacemos nuestra esta afirmación: *"La autonomía es un medio, no un fin en sí mismo"*.

Doctor José Oubiña Rodríguez, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y director del Gabinete Central Docente Metodológico del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba.

### Aportación del doctor César Hermida, de la Universidad Central, Quito, Perú

Luego de la exposición de los tres temas, me ha quedado la sensación de que así como ha faltado un poco de síntesis en algunas exposiciones, ha faltado también un poco más de explicación de la actividad investigadora de la producción científica. Este elemento quisiera plantear para las discusiones de grupo.

En cuanto a la autonomía. En una sociedad como son las nuestras, la autonomía permite a la universidad tomar, a través justamente de esta actividad investigadora y docente, la conciencia de las clases dominadas. Entendiéndola así -como instrumento de lucha y transformación-, debemos defenderla, pero al mismo tiempo debemos cuidar que el trabajo universitario refleje esa conciencia de las clases dominadas a través del trabajo político y de investigación, es decir científico; es decir de análisis dialéctico (las contradicciones de la lucha de clases en el presente) y de análisis de esas contradicciones a través de la historia, dentro y fuera del país. Sólo con la autonomía nuestras universidades pueden cumplir en nuestras sociedades ese trabajo investigador y político.

Hemos peleado por la autonomía y tenemos que seguir peleando por ella; pero también debemos pelear permanentemente dentro de la universidad porque ella tenga la conciencia de las clases dominadas, investigue las contradicciones dentro y fuera del país, defina claramente los aspectos técnicos de su papel y contribuya a la transformación político-social de América Latina. Sólo así podemos explicar la autonomía.

### Aportación del doctor José W. Torrealba, de la Universidad de Carabobo, Venezuela

Definición: la autonomía no es otra cosa que la manifestación de la permanente utopía del hombre tratando de que los intereses espirituales o intelectuales no sean sojuzgados por los intereses materiales y de fuerza.

La diversidad de opiniones al respecto se relaciona a problemas de definición y significado: de interpretaciones varias y generalmente interesadas, particularmente, sobre la aplicación o instrumentación de la autonomía.

Para que la autonomía universitaria realmente exista, permanezca y sea realmente efectiva, es necesario que internamente la institución garantice a sus miembros una verdadera libertad individual y una participación -es decir el ejercicio de la democracia- y que externamente pueda garantizar un equilibrio entre su compromiso con el saber universal y con su no menos importante compromiso por sumarse al proceso de transformación social del país y de la región a la que pertenecen.

### Concepto de salud-enfermedad

*"Salud es el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"*. A esta concepción de salud, utópica e idealista, debemos oponer la concepción dialéctica del proceso salud-enfermedad que refleja dos momentos de un mismo fenómeno que se establece por una relación histórica-social-económica-biológica en constante cambio, que se manifiesta de manera diferente entre las clases sociales, debido a factores condicionantes y determinantes que tienen que ver con los modos de producción y las condiciones de vida de los hombres y el lugar que ocupan en la estructura social.

La asociación entre el nivel de salud de un grupo humano y el tránsito cualitativo y cuantitativo a una situación superior de vida es obvia. De ahí que una vez superados los problemas de salud que se afrontan en un momento histórico dado, aparecerán nuevos problemas que requerirán otras soluciones, y así sucesivamente. Es por ello que se ha pedido hablar de la evolución natural de la enfermedad (como debería decirse, en lugar de historia natural de la enfermedad), como en el caso del sarampión, por ejemplo, que evoluciona hacia la curación espontánea, dejando inmunidad permanente; pero que en determinado grupo o clase social tiende a la complicación, la invalidez y la muerte. Así se ha podido hablar, también, de una patología de la pobreza y de enfermedades propias del desarrollo.

## Factores condicionantes y determinantes del proceso de salud-enfermedad\*

Cuando se pasa del nivel de organización que representa en sí mismo el individuo, al nivel de la comunidad o al de la sociedad, el paso específico de los factores biológicos disminuye en favor de los factores socio-económicos. Si bien es claro que existe una relación casual entre la salud o la enfermedad y la organización social, no es tan evidente el carácter de esta relación y el peso específico de cada factor involucrado. La morbimortalidad, como la expresión definida de este proceso, guarda una estrecha relación con factores ambientales, socio-económicos y culturales, que se advierte varía en cada realidad social concreta.

En general, y para cierto tipo de enfermedades, el riesgo de enfermar y morir dependerá de la posición que ocupe el hombre en la estructura social y su grado de vinculación con la producción. De ahí que los factores condicionantes serán aquellos que resultan de la combinación de factores puramente físicos del ambiente con los de tipo social, y que facilitan o impiden la utilización de los recursos materiales, tales como son: la nutrición, la calidad del agua, el tipo de vivienda, la forma de eliminación del excremento, la reutilización de las basuras, la disponibilidad de servicios de atención médica y las comunicaciones. La modificación de uno o varios de ellos *no causan modificaciones significativas en la morbimortalidad presente.*

*Los factores determinantes* son aquellos que abarcan e interrelacionan los aspectos socio-económicos y culturales, que dependen de la división social del trabajo y de las relaciones sociales de producción. *Estos factores al ser modificados determinan significativamente modificaciones en la morbimortalidad.*

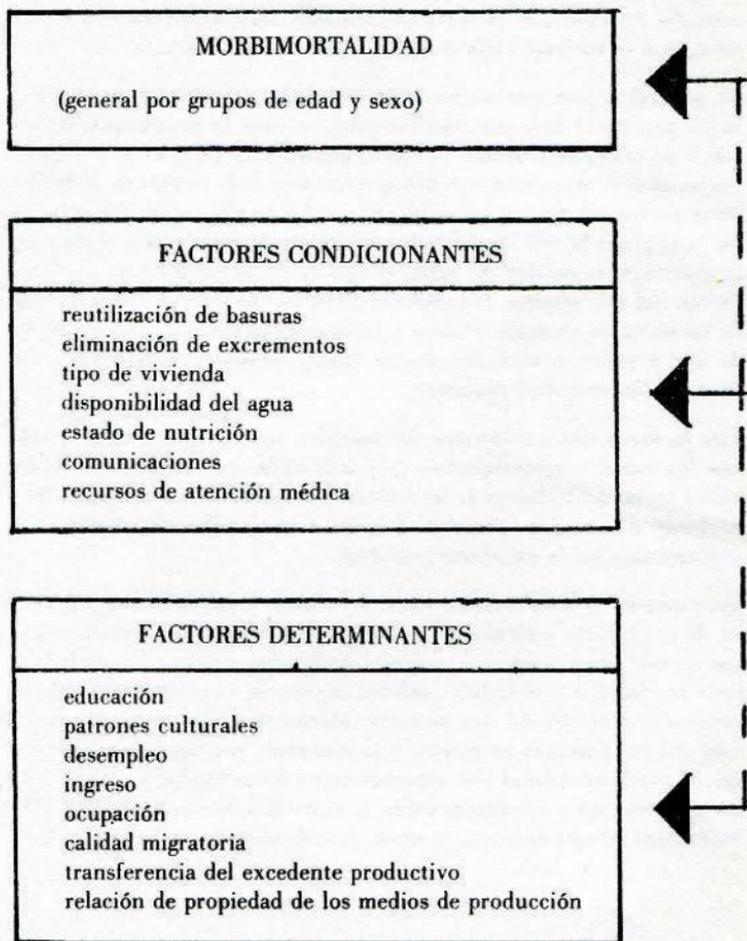
Las expresiones de la división social del trabajo y de las relaciones sociales de producción y cambio, que conforman los factores determinantes, son en este caso: ocupación, ingreso, desempleo, medios disponibles para la producción y el trabajo, calidad migratoria y transferencia del excedente productivo. En una posición intermedia de ese nivel, encontramos que los patrones culturales y la educación matizan, en ciertos casos, la morbimortalidad con aspectos como las actitudes y patrones de comportamiento y búsqueda, sobre la nutrición, la atención médica, la fecundidad, el saneamiento, la salud, la enfermedad y la muerte.

\*Responsables de la investigación:

Doctor José Rodríguez Domínguez  
secretario de Enseñanza Clínica.

Doctora Hermila Ramírez Dávalos  
coordinadora general de los Ciclos XI y XII.

Doctor José Nieto de Pascual  
asesor estadístico.



Discurso que en la ceremonia de clausura fue pronunciado por el doctor César Octavio Reyes Méndez, director interino de la Escuela de Medicina de la UAP y presidente del Comité Organizador de la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina de la UDUAL

Señores miembros del presidium.

Señores delegados a la XI Conferencia.

Autoridades universitarias.

Compañeros universitarios.

No se puede resumir en unas cuantas palabras la emoción y el sentimiento que nos embarga, ahora que la XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL toca su fin.

Quiero, a nombre de la Comisión Organizadora, agradecer la participación de las delegaciones de universidades hermanas, afiliadas y no afiliadas a la UDUAL y hacer notar que, gracias a su entrega exhaustiva en la discusión lúcida, brillante y serena, hicieron posible que esta XI Conferencia fuera de las más fecundas en ideas, planteamientos y soluciones hacia los múltiples problemas que padecen y ahogan a las universidades de latinoamérica; fuera de las más ricas en trabajos, intervenciones y debate; fuera en la que hubo oportunidad de iniciar el establecimiento de mecanismos que fortalezcan la Unión de Universidades de América Latina, planteado por la delegación de la República Dominicana y que dio lugar a la idea de creación, en principio, de la asociación o federación latinoamericana de facultades y escuelas de medicina, como un organismo dependiente de la UDUAL; fuera en la que nuestra ciudad y nuestra cuatro veces centenaria Universidad Autónoma de Puebla tuvieran la oportunidad de recibir calurosamente a tan distinguidos visitantes y que, además, hizo posible que conocieran cualidades y defectos, riquezas y carencias, aspiraciones y frustraciones de nuestro pueblo; fuera la que hizo posible que nuestra universidad organizara en su seno la reunión de más alta jerarquía e importancia de sus tiempos modernos, dada su representatividad, que abarca a toda la América Latina.

La Universidad Autónoma de Puebla, a través del Comité Organizador, quiere recurrir a su benevolencia para que nos sean disculpadas todas las fallas de organización, omisión o falta de atención en que pudimos haber incurrido, que en todo caso, de ninguna manera fueron intencionales, sino debidas al sinnúmero de tareas a que nos vimos sometidos, y en gran parte a la inexperiencia.

Nuestro reconocimiento más elevado a todos los delegados extranjeros, que no importando la lejanía de sus lugares de origen, acudieron para estar en esta su casa y discutir aspectos tan fundamentales y a establecer conceptos y directrices que son base del buen funcionamiento de nuestras universidades.

A todos los delegados de las universidades de México, queremos y deseamos que sigan la trayectoria ascendente en la democratización de nuestras instituciones.

Ahora que esta conferencia termina, sentimos que nuestro deber se ha cumplido y debemos luchar para que de inmediato todos los acuerdos sean llevados a cabo en nuestras respectivas escuelas de medicina y no queden estérilmente sembrados en el desierto de la apatía.

Queremos agradecer infinitamente a todos los empleados administrativos y manuales que sirvieron de apoyo, puesto que sin su participación no hubiese sido posible el éxito alcanzado.

No les decimos adiós sino hasta pronto, en algún país centroamericano que tome la enorme responsabilidad de organizar la XII conferencia.

## Discurso de agradecimiento a nombre de los delegados por el doctor Edgardo Enríquez Frodden

Señor presidente.

Señor don Pedro Rojas Secretario General de la UDUAL.

Señores del presidium.

Señores profesores, alumnos y miembros de la comunidad universitaria de la Universidad Autónoma de Puebla

Los Delegados de las diferentes escuelas y facultades de medicina asistentes a esta XI Conferencia convocada por la UDUAL y la Universidad Autónoma de Puebla, hace unos momentos me han hecho el honor de designarme para que, en nombre de ellos, diga unas palabras al término de esta reunión. Muchos de los presentes podrían haberlo hecho mejor que yo y con más merecimientos; podrían haber expresado nuestra gratitud por las finas atenciones de que hemos sido objeto en palabras y frases mejor hilvanadas, aunque, puedo asegurarles, no más sentidas y sinceras que las mías.

Soy un viejo universitario y, por lo mismo, he tenido la oportunidad de asistir y participar en muchas reuniones y conferencias. Confieso que pocas veces he podido comprobar mejor organización, mayor orden en el desarrollo de los debates, mayor eficiencia y oportunidad en las difíciles labores de secretaría, entrega de ponencias impresas y en mimeógrafo, mayor preocupación por darnos a todos la oportunidad de expresar nuestras opiniones, mayor gentileza para asegurar nuestro bienestar y comodidad durante el desarrollo de las sesiones.

Aunque mi mandato no comprende la voluntad de las esposas de los delegados, deseo agregar que ellas han recibido de las señoritas edecanes y guías tan finas atenciones que, si estuvieran aquí, se sumarían a mis palabras. Al agradecer a todos ustedes, deseo también felicitar a los organizadores de esta reunión por la extraordinaria calidad que ella ha tenido.

Personalmente, vuelvo a ciudad de México, donde actualmente vivo gracias a la acogida fraternal de los hermanos mexicanos y de los distinguidos colegas y profesores de la Universidad Autónoma Metropolitana. Los demás delegados volverán a sus respectivas patrias y universidades. Ellos y yo, al dar cuenta a sus representados de lo acontecido en esta conferencia, van a felicitarse por haber venido y a expresar, con toda justicia, los elogios que corresponden. Han escuchado ponencias de gran valer, de profundo contenido, muy documentadas y, en general, serenas y objetivas, aunque a veces con el toque de pasión que corresponde

al desarrollo de temas que a todos nos tocan tan profundamente, como son la enseñanza de la medicina, la autonomía universitaria, la política poblacional y el control de la natalidad. Se trata de materias que afectan el porvenir de nuestra profesión que nos es tan querida-, el desarrollo del conocimiento, de la ciencia, de la investigación, de la enseñanza, del futuro de nuestros respectivos países y del conglomerado latinoamericano.

¿Cómo no vamos a estar satisfechos si hemos comprobado que aquí, representantes de diversas universidades y países, prácticamente hemos coincidido al abordar, estudiar y discutir sobre temas tan candentes y de tal trascendencia en nuestra América, donde, por desgracia, hay tantos ciudadanos oprimidos, carentes de derechos e, incluso, miles de ellos, como ocurre en Chile, desaparecidos desde hace años?

Felicitamos y agradecemos a la UDUAL, que, siguiendo su tradición, eligió un temario de tanta actualidad, y a la Universidad Autónoma de Puebla por haber hecho posible su realización en la forma extraordinaria.

Recordamos con emoción y gratitud al gran secretario general de la UDUAL, nuestro común amigo el doctor Efrén C. del Pozo, cuyo espíritu ha estado presente en todos nosotros.

Nos comprometemos -estoy cierto de que al expresarlo interpreto a todos-, nos comprometemos, repito, a cumplir y respetar los acuerdos y resoluciones que aquí se han adoptado; a luchar por la autonomía universitaria para que sea pronto una realidad en todas las universidades de Latinoamérica y para que, en las patrias oprimidas, vuelva a ser posible estudiar, enseñar, investigar, practicar libremente las artes y las ciencias, convivir en paz para que en aquéllas en las que se sigue gozando de democracia y autonomía, esas luces bienhechoras no se extingan jamás.

## Discurso de clausura del secretario general de la Unión de Universidades de América Latina, doctor Pedro Rojas

Compañeros:

En estos momentos en que damos fin a uno de los más importantes eventos organizados por la Unión de Universidades de América Latina, hago propicia la ocasión para manifestarles la satisfacción que sentimos por los resultados conseguidos tras seis días de diálogo en torno a un temario ejemplarmente escogido.

Ante todo debemos expresar nuestra mayor complacencia por la excepcional organización de la XI Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina; por el apoyo otorgado por el señor rector de la Universidad Autónoma de Puebla y las demás autoridades de esta casa de estudios a la Comisión Organizadora; por la colaboración prestada de los diversos cuerpos colegiados de esta Universidad, y por la contribución, de los estudiantes, maestros y personal secretarial, ofrecida infatigablemente.

El poner énfasis sobre esta característica de nuestra XI Conferencia y reconocer los empeños realizados para alcanzar el buen éxito del evento no quiere decir, en manera alguna, que eclipsemos los méritos y satisfacciones que corresponden a los organizadores de las conferencias precedentes. Entendemos la superación en el sentido dialéctico de lo que, con base en lo logrado, va más allá en nuevas realizaciones.

Subrayaremos que, en cuanto al fondo de estas reuniones de facultades y escuelas de medicina latinoamericanas, hemos conseguido una continuidad en la temática de forma tal que, a la vez que se estudian y debaten tópicos de rigurosa actualidad del ámbito universitario, se traen al foro de discusiones otros muy concretos que gravitan en nuestras conciencias como de urgente examen y solución. En la IX Conferencia, celebrada en La Habana, pesó sobremanera el tema de la relación enseñanza-aprendizaje-trabajo; en la X Conferencia, efectuada en Santo Domingo, el de la sombría problemática de la producción y consumo de fármacos; en esta XI Conferencia, el de las políticas de población en nuestra América y sus manipulaciones por intereses vergonzantes y ajenos a nuestra autonomía.

La alta calidad de los trabajos encargados a los ponentes oficiales respondió a las expectativas de contar con bases serias para la discusión. Con honestidad observada por los señores delegados para profundizar en las materias del temario consideramos que se ha constituido la mayor garantía para mantener un alto nivel en las discusiones. El resultado ha sido alcanzar claridad en la problemática planteada y, en consecuencia, la convicción de haber trazado líneas de juicio y de futura conducta, que redundarán en una formación y una práctica de la medicina. Estas irán, a no dudarlo, más allá de mejorar la función del médico preventor y cuidador de la salud hasta transformarlo en un motor, bien pertrechado, de los cambios que exigen nuestras comunidades.

No sentimos que a partir de estos momentos, hasta nueva y lejana fecha, vayamos a separarnos sino que, por el contrario, nos hemos unido en torno a necesidades y metas cuyas soluciones nos esforzaremos por lograr en el menor tiempo posible. Pensamos que en un futuro próximo deberemos realizar nuestras reuniones en diferentes escalas que mantengan vivo el interés por los temas aquí expuestos, y que sirvan, a su vez, para implementar políticas que conduzcan a convertir en hechos los planteamientos y conceptos aquí definidos. Nos parece necesario pugnar por una mayor actividad y participación de nuestras entidades educativas, investigativas y de servicio social, orientadas por los trabajos y conclusiones de conferencias latinoamericanas como la que hoy termina. Esto nos permitirá ejercer la autocritica en relación a nuestros conceptos teóricos y métodos de trabajo, a la vez que afinar nuestros puntos de vista y nuestras líneas de conducta.

Evidentemente buscamos la verdad histórica y la transformación más profunda de nuestras realidades, pero debemos conseguirlas mediante estudios cada vez más profundos y mejor orientados, con mayor difusión y mayor conocimiento del trabajo de las bases humanas de las que provenimos y hacia las que nos proyectamos.

Señores, compañeros, con este quehacer político, la UDUAL se ve reforzada y activada. Debemos vigilar intensamente, incansablemente, porque no decaiga ni venga a ser instrumento de intereses bastardos o personalistas. Si así lo entendemos y lo decidimos, estoy convencido de que el postulado básico de nuestra unión de universidades se verá coronado por la realización plena: la integración cultural de América Latina ¡con todas sus consecuencias!

# RELACION DE CONFERENCIAS DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA ORGANIZADAS POR LA UDUAL QUE SE HAN CELEBRADO A LA FECHA.

*I Conferencia.* 8 al 15 de septiembre de 1957. México, D.F.

TEMA I. OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA.

TEMA II. EL CURRICULO.

- a) Las ciencias básicas.
- b) La enseñanza clínica.
- c) La medicina preventiva y la sociología médica.

TEMA III. EL PERSONAL DOCENTE.

- a) Docencia e investigación. Campos en los que puede fomentarse con más fruto la investigación.
- b) Personal de tiempo completo o dedicación exclusiva y personal con horario libre.
- c) Preparación y selección de profesores.

TEMA IV. LA SELECCION DE ALUMNOS EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA.

- a) Determinación de la capacidad óptima en las escuelas de medicina.
- b) Procedimientos aconsejables para la selección de estudiantes.

TEMA V. LA ENSEÑANZA DE LOS GRADUADOS.

- a) Los procedimientos aconsejables para actualización de conocimientos de los graduados.
- b) La enseñanza de los graduados para la formación de especialistas.

TEMA VI. EL INTERCAMBIO ENTRE LAS ESCUELAS DE MEDICINA.

- a) Intercambio de profesores. Finalidades. Procedimientos aconsejables.
- b) Regulación del intercambio estudiantil. Equivalencias de estudios.

TEMA VII. VARIOS.

**II CONFERENCIA.** 28 de noviembre al 3 de diciembre de 1960. Montevideo, Uruguay.

TEMARIO.

a) COMPLEMENTACION DE LA DECLARACION DE MEXICO SOBRE EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA.

b) ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS BASICAS.

c) ORIENTACION Y ORGANIZACION DE LOS CENTROS DE ENTRENAMIENTO CIENTIFICO Y DOCENTE PARA PROFESORES E INVESTIGADORES EN CIENCIAS MEDICAS.

d) CENTRO COORDINADOR PERMANENTE DE LAS FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA.

e) GRADOS ACADEMICOS DE MASTER Y DOCTOR EN CIENCIAS BASICAS DE LA MEDICINA.

**III Conferencia.** 25 de noviembre al 1 de diciembre de 1962. Viña del Mar, Chile.

TEMA I. PROCEDIMIENTOS DE SELECCION DE ALUMNOS QUE INGRESAN A LA CARRERA MEDICA.

TEMA II. INTEGRACION DE LA ENSEÑANZA EN CICLOS BASICOS, CLINICOS Y DE ESPECIALIDADES.

TEMA III. ENSEÑANZA DE GRADUADOS. CARRERA HOSPITALARIO (INTERNADO Y RESIDENCIA). FORMACION DE ESPECIALISTAS.

TEMA IV. FORMACION DEL PROFESORADO. REGLAMENTO Y RETRIBUCION DEL *FULL TIME*.

**IV CONFERENCIA.** 16 al 23 de agosto de 1964. Pocos de Caldas, M.G., Brasil.

TEMA I. NORMAS PARA FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO CIENTIFICO Y DOCENTE PARA PROFESORES E INVESTIGADORES.

TEMA II. REQUISITOS MINIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE NUEVAS ESCUELAS DE MEDICINA Y DEFINICION PRECISA DE CAPACIDAD DOCENTE.

*V Conferencia.* 18 al 21 de octubre de 1967. Lima, Perú.

TEMA I. MODALIDADES DE FORMACION DEL MEDICO LATINOAMERICANO, COMO PROMOTOR DEL DESARROLLO ECONOMICO DE SU PAIS.

TEMA II. LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN LATINOAMERICA EN RELACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD.

PRIMERA MESA REDONDA. EL PROBLEMA DE LA EMIGRACION DE MEDICOS DE LATINOAMERICA AL EXTRANJERO.

SEGUNDA MESA REDONDA. LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA Y DE LA SOCIOLOGIA EN LA FORMACION DEL MEDICO.

*VI Conferencia.* 17 al 20 de septiembre de 1969. Guatemala.

TEMA I. PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA PARA LA PROMOCION DEL EXITO PROFESIONAL DEL MEDICO EN AMERICA LATINA.

TEMA II. EL FINANCIAMIENTO DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA EN AMERICA LATINA.

TEMA III. ANALISIS DE LAS MEDIDAS TOMADAS POR LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA PARA APLICAR LAS RECOMENDACIONES APROBADAS EN LA V CONFERENCIA.

TEMA IV. CAMINOS Y PROGRAMAS PARA FOMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA.

*VII Conferencia.* 21 al 25 de noviembre de 1971. Maracaibo, Venezuela.

TEMA I. LA INVESTIGACION CIENTIFICA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA FUNCION DOCENTE DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA.

TEMA II. LA INTEGRACION DE LA ENSEÑANZA CON LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD PUBLICA. ESTUDIOS NACIONALES Y REGIONALES PARA LA REALIZACION DE ESTE PROPOSITO.

TEMA III. LA ENSEÑANZA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LAS NUEVAS DISCIPLINAS QUE DEMANDA LA VIDA CONTEMPORANEA.

*VIII Conferencia.* 25 al 29 de noviembre de 1973. Quito, Ecuador.

**TEMA I. REALIDAD SOCIOECONOMICA Y SITUACION DE SALUD EN LA AMERICA LATINA.**

**TEMA II. FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN FUNCION DEL DESARROLLO.**

**TEMA III. RELACION ENTRE LA DEMANDA Y LA FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD.**

**MESA REDONDA. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA.**

*IX CONFERENCIA.* 22 al 26 de febrero de 1976. La Habana, Cuba.

**TEMA GENERAL: LA FORMACION INTEGRAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

**TEMA I. PAPEL PERSPECTIVO DE LAS UNIVERSIDADES EN LA FORMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.**

**TEMA II. EL TRABAJO CIENTIFICO-INVESTIGATIVO EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

**TEMA III. COMBINACION DEL ESTUDIO Y EL TRABAJO EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

**MESA REDONDA. LA COMUNIDAD EN LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

*X Conferencia.* 20 al 25 de noviembre e 1977. Santo Domingo, República Dominicana.

**TEMA GENERAL: LA PRACTICA MEDICA Y LA FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD.**

**TEMA I. ANALISIS DE LA PRACTICA MEDICA ACTUAL EN AMERICA LATINA, ALTERNATIVAS Y TENDENCIAS.**

**TEMA II. LA INTERACCION ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO.**

**TEMA III. CRITERIOS Y MECANISMOS PARA LA INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL.**

**MESA REDONDA: LOS MEDICAMENTOS CON LA PRACTICA MEDICA.**

**XI Conferencia.** 26 al 31 de agosto de 1979. Puebla, México.

**TEMA GENERAL:** LA RELACION ENTRE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA Y EL ESTADO.

**TEMA I.** INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL.

**TEMA II.** LA SITUACION DE SALUD Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMERICA LATINA.

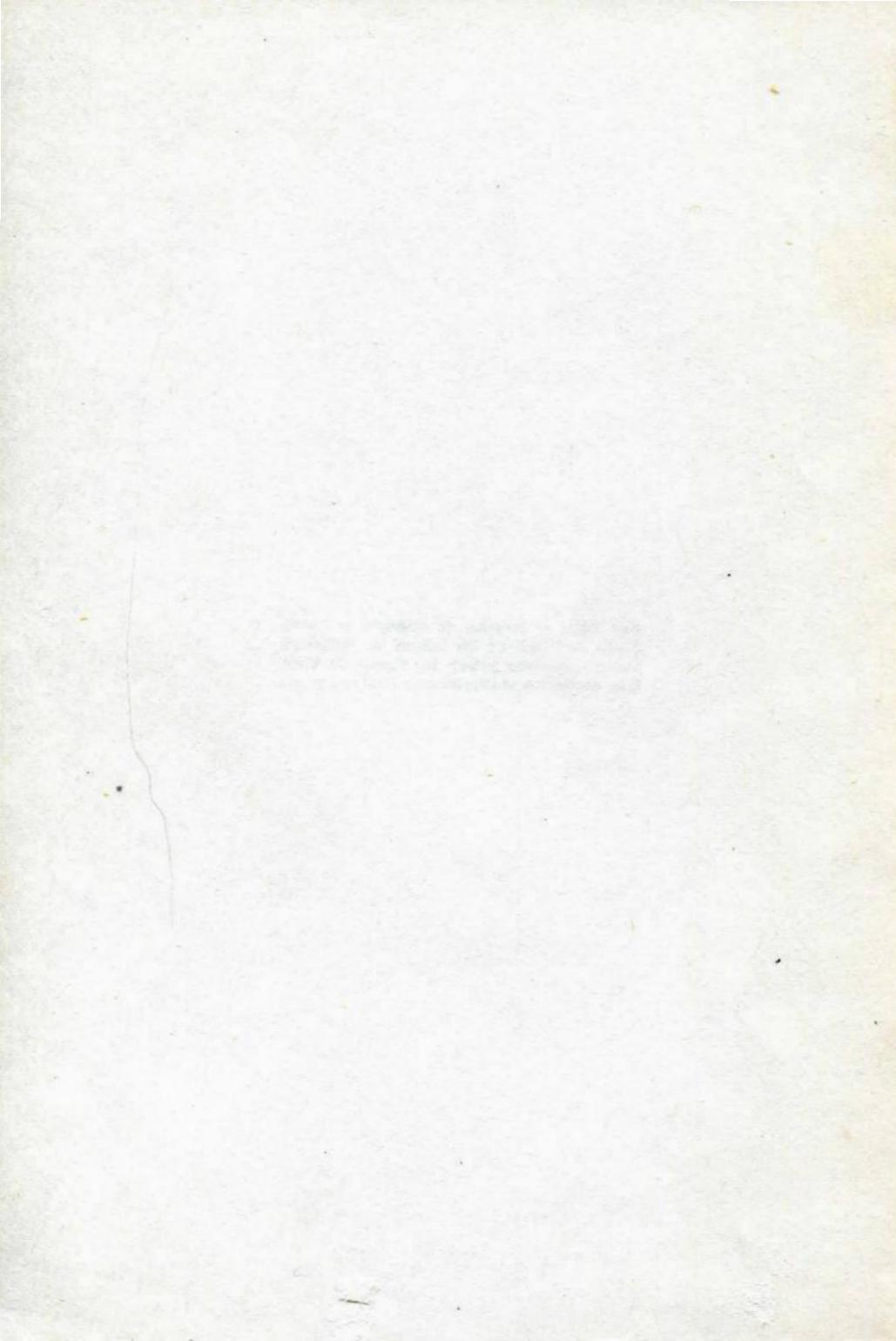
**TEMA III.** LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA Y LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA.

**MESA REDONDA:** POLITICAS DE POBLACION EN AMERICA LATINA.

- a) Políticas de población y escuelas de Medicina.
- b) Políticas de población y agencias internacionales.
- c) Políticas de población y el Estado.



Este libro se terminó de imprimir el 15 de  
Enero de 1982, en los talleres de Impresora  
Urquijo, Avenida Juárez 16, Puente de Vigas  
Edo. de México, se imprimieron 1000 ejemplares



UDUAL

13367

R750

Conferencia de  
Facultades y Escuelas  
de Medicina de  
America Latina,

.C66

1979

Ej. 2

La relación entre las  
facultades y escuelas de  
medicina y el estado / :

UDUAL

R750

.C66

1979

Conferencia de Facultades  
y Escuelas de Medicina  
(11ª : ...

La relación entre  
las facultades y ...

