

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

VI Conferencia de Escuelas  
de  
Medicina de Latinoamérica

(Universidad de San Carlos de Guatemala)  
- 17-20 Septiembre de 1969

UDUAL. Secretaría General, México

# UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

SECRETARIA GENERAL

Dirección Cablegráfica: UDUAL

Apartado Postal 70232

Tels.: 48-97-86

48-65-00 Ext. 409

Ciudad Universitaria

México 20, D. F.

## P R E S E N T A C I O N

La Unión de Universidades de América Latina ha reunido a la fecha seis Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de Latinoamérica: la primera en la ciudad de México en 1957; la segunda en Montevideo, Uruguay en 1960; la tercera en Viña del Mar, Chile en 1962; la Cuarta en Pozos de Caldas, Brasil en 1964; la Quinta en Lima, Perú en 1967 y la Sexta, a que se refiere la presente Memoria en la ciudad de Guatemala en 1969. La próxima Conferencia tendrá lugar en Maracaibo, Venezuela, bajo los auspicios de la Universidad del Zulia en 1971.

No parece fuera de lugar insistir aquí, una vez mas, sobre la trascendencia de promover estas reuniones en ámbito latinoamericano y bajo la coordinación de nuestro organismo que está constituido por las Universidades de las que forma parte la rama de Medicina. Dos conceptos integrativos, aunque de diverso orden están en juego: uno representa el ideal de construir una patria grande y respetable basada en la unidad cultural de la América nuestra, lo cual se podrá traducir en una mejor participación internacional en el mundo del futuro.

El segundo concepto se refiere a relacionar estrechamente los planes y programas de un campo del saber con las Universidades en su conjunto como se asocian en nuestra organización. Fortalecer los nexos interdisciplinarios con vista a utilizar todas las luces para buscar

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA  
LATINA. CENTRO DE INFORMACION Y  
DOCUMENTACION UNIVERSITARIAS.

# UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

SECRETARIA GENERAL

Dirección Cablegráfica: UDUAL

Apartado Postal 70232  
Tels.: 48-97-86  
48-65-00 Ext. 409  
Ciudad Universitaria  
México 20, D. F.

- 2 -

soluciones a los problemas que nos afectan, ayuda al propio tiempo al equilibrio cultural y social de la humanidad. La medicina moderna y sobre todo su enseñanza requiere el auxilio de muchas disciplinas que sólo en las universidades se encuentran asociadas en un trabajo común.

Al mismo tiempo que crecen las necesidades de especialización, el mundo moderno demanda plurivalencia de los sentidos y de la mente, conocimiento profundo y aptitud técnica, visión ilimitada y responsabilidad social inmediata. Estas antinomias no pueden ser disyuntivas y parecen condenar al hombre moderno al desequilibrio frente a la rapidez de cambio en las demandas sociales.

Los progresos médicos han superado las previsiones sociológicas y económicas y los adelantos tecnológicos crean peligros cuya prevención está fuera de los alcances de la medicina actual. Nos debatimos en esfuerzos por diseñar programas de salud mental frente a la emergencia dislocada del hombre interno y los conflictos sociales del abuso del poder, de la discriminación racial, del choque entre generaciones. Nuestros máximos consejos requieren medidas que rebasan las posibilidades previsibles por ahora.

Tal vez el enunciado de estos problemas graves de la humanidad contemporánea pudiera parecer paradójicamente teórico frente a las demandas inmediatas de nuestras escuelas, pero contemplar el horizonte nunca ha dañado al más humilde sembrador.

**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA**

SECRETARIA GENERAL

Dirección Cablegráfica: UDUAL

Apartado Postal 70232  
Tels.: 48-97-86  
48-65-00 Ext. 409  
Ciudad Universitaria  
México 20, D. F.

- 3 -

Nuestras Conferencias de Escuelas de Medicina de Latinoamérica han enfocado problemas del ejercicio del médico en relación a la sociedad y como responsabilidad de las instituciones que lo forman. Hemos dejado en un segundo plano las necesidades académicas y pedagógicas en cuanto a normas de curriculum y técnicas de enseñanza. Sin ignorar su trascendencia hemos preferido llamar la atención sobre aspectos de la medicina moderna en relación con el medio.

La VI Conferencia en Guatemala fué un paso más en el camino de la UDUAL para promover un mayor entendimiento de las funciones de las Escuelas Médicas en el ambiente de Latinoamérica, ambiente que no sólo es de carencias sino también de inspiración para buscar la ruta, para cumplir un deber y alcanzar una meta.

**EFREN C. DEL POZO,**  
Secretario General de la UDUAL.

COMITE ORGANIZADOR

Dr. Julio de León,  
PRESIDENTE Y COORDINADOR GENERAL.

Dr. Arturo Soto Avendaño,  
SECRETARIO DE ORGANIZACION.

Dr. José Quiñonez Amado,  
SECRETARIO DE FINANZAS.

Dr. Alberto Viau Dávila,  
SECRETARIO DE ASUNTOS SOCIALES

Dr. Jorge E. Rosal M.,  
SECRETARIO DE PROPAGANDA.

Dr. Riyad Muadi Ayus,  
SECRETARIO DE RECEPCION.

Dr. Francisco Villagrán Muñoz,  
SECRETARIO GENERAL.

RELACION DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA REPRESENTADAS.

ARGENTINA.

Universidad Nacional de Córdoba - Córdoba.  
Universidad Nacional de La Plata - La Plata.  
Universidad Católica de Córdoba - Córdoba.

CHILE.

Universidad Católica de Chile - Santiago.  
Universidad de Concepción - Concepción.  
Universidad de Chile - Santiago.

ECUADOR.

Universidad Central del Ecuador - Quito.

EL SALVADOR.

Universidad de El Salvador - San Salvador.

GUATEMALA.

Universidad de San Carlos - Guatemala.

HONDURAS.

Universidad Nacional Autónoma de Honduras - Tegucigalpa.

MEXICO.

Universidad Nacional Autónoma de México - México, D.F.  
Instituto Politécnico Nacional - México, D.F.  
Universidad de Nuevo León - Monterrey.

NICARAGUA.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. - León.

PERU.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima.

PUERTO RICO.

Universidad de Puerto Rico - Río Piedras.

URUGUAY.

Universidad de la República - Montevideo.

VENEZUELA.

Universidad de Oriente - Cumaná.

Universidad de los Andes - Mérida.

Universidad del Zulia - Maracaibo.

Universidad Central de Venezuela - Caracas.

Universidad de Carabobo - Valencia.



RELACION DE DELEGADOS ASISTENTES.

DR. AGUILAR, Francisco.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guate- mala.
DR. AGUILAR, Octavio.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. AGUIRRE BELTRAN, Gonzalo.	Instituto Indigenista Intera- mericano, México, D. F.
DR. ANDRADE, Guillermo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. ANGEL, Luis Octavio.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. AREVALO, Federico.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. ARIAS TEJADA, Manuel.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. AZPURO, Carlos.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. BARRIOS, Miguel.	Asociación Mexicana de Facul- tades y Escuelas de Medicina, San Luis Potosí, S. L. P., México.
DR. BLANC, Francisco.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. BRAHAM, Jorge.	Facultad de Odontología, Uni- versidad de San Carlos, Guatemala.
DR. CAMPILLO SAINZ, Carlos.	Facultad de Medicina, UNAM, México, D.F.
DR. CAMPOS REY DE CASTRO, Jorge.	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima, Perú.



DR. CASTAÑEDA, Gustavo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. CASTELLANOS, Héctor.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DRA. CASTILLO DE ORDOÑEZ, Sonia.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. CASTRO, Federico.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. CARRASCOSA, Luis.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. CEA, Ricardo Alberto.	Facultad de Medicina, Universi- dad de El Salvador, San Salvador.
DR. CLEMENTE, Antonio.	Facultad de Medicina, Universi- dad Central de Venezuela, Carac- cas, Venezuela.
DR. CORNEJO, Leonardo.	Facultad de Medicina, Universi- dad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
DR. CHANG PEÑA, Tito.	Asociación Centroamericana de Escuelas de Medicina, San Salva- dor, El Sal.
DR. CHAVEZ, Mario.	Delegado de la FEPAFEM (Brasil).
DR. DARRICARRERE, Rafael.	Facultad de Medicina, Universi- dad de Concepción, Chile.
DR. DELFIN PONCE, Luis.	Facultad de Medicina, Universi- dad de Oriente, Cumaná, Venezuela
DR. DELGADO, Antonio.	Oficina Sanitaria Panamericana, (Guatemala).
DR. FIGUEROA MARROQUIN, Luis.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. FUENTES PIERUCCINNI, Francisco.	Instituto Guatemalteco de Segu- ridad Social, Guatemala.
DR. GAITAN, Alfonso.	Instituto Guatemalteco de Seguri- dad Social, Guatemala.

DR. GALICIA, César.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. GALICH, Luis Guillermo.	Federación Médica de Guatemala.
DR. GARRIDO, Tibaldo.	Facultad de Medicina, Universi- dad Central de Venezuela, Caracas Venezuela.
DR. GIRON, Manuel Antonio.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. GONZALEZ, Claudio.	Delegado de la Asociación de Escuelas de Medicina de Guatemala
DR. GONZALEZ GINOUVES, Ignacio.	Ex-Rector de la Universidad de Concepción, Chile (Bogotá, Co- lombia).
DR. GUERRA SARAVIA, Leonel.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. GUEVARA, Uriel.	Facultad de Medicina, Universi- dad Nacional Autónoma de Nica- ragua, León, Nicaragua.
DR. GUZMAN, Otto.	Facultad de Odontología, Uni- versidad de San Carlos, Guatemala
DR. HERNANDEZ, Hugo.	Facultad Ciencias Médicas, Uni- versidad de S. Carlos, Guatemala.
DR. HERNANDEZ, Narciso.	Facultad Ciencias Médicas, Uni- versidad Nacional de Córdoba, Argentina.
DR. JIMENEZ, Juan Manuel.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. JIRON SANCHEZ, Oscar.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. LANFRANCO, Carlos.	Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
DR. LEON, Julio de.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

DR. LIGORRIA, Estuardo.	Delegado de la Asociación de Escuelas de Medicina de Guatemala.
DR. LOPEZ, César.	Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. LORENZANA, Rodolfo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. LOYO, David.	Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
DR. LUNA AZURDIA, Ronaldo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. MANZANILLA, Luis.	Federación Panamericana de Facultades de Medicina (Bogotá, Colombia).
DR. MARQUEZ, Miguel.	Asociación Facultades Ecuatoriana de Medicina, Quito, Ecuador.
DR. MARTUCCI, Albar.	Asociación Venezolana de Facultades de Medicina, Caracas, Venezuela.
DR. MAYORGA, Carlos.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. MAZARIEGOS, Danilo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. MOGOLLON, Mario.	Facultad de Medicina, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
DR. MOLINA, Fernando.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. MOLINA FAJARDO, Julio.	Delegado de la Asociación de Escuelas de Medicina de Guatemala.
DR. MONGE, Juan I.	Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

DR. MOSQUERA, Carlos.	Facultad de Medicina, Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
DR. MORA, Carlos Federico.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. MORALES CHINCHILLA, Enrique.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. MUADI AYUB, Riyad.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, Guatemala.
DR. NINE-CURT, José.	Facultad de Medicina, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
DR. OCHAITA, Jorge.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. ORDOÑEZ, José Victor.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. ORREGO, Héctor.	Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
DR. ORTEGA LOPEZ, Fernando.	Escuela de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, México, D.F.
DR. PADILLA GALVEZ, Carlos.	Facultad Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. PADILLA, Enrique.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. PALOMO, Alejandro.	Asociación de Escuelas de Medicina de Guatemala.
DR. PEREZ, Eduardo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DRA. PALMA, Cristina.	Asociación Chilena de Facultades de Medicina, Santiago, Chile.

DR. PEREZ, Rodolfo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. PIERRI, Victor.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. POUJADE, Pierre.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. POMPILIO CABRERA, Numa.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. PUCHI, José.	Facultad de Medicina, Universi- dad Central de Venezuela, Caracas Venezuela.
DR. QUIÑONEZ, José.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. QUAN MA, Ronald.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. RIOS MIRON, Rolando.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. ROCA, Carlos de la.	Delegado de la Federación Médi- ca, Guatemala.
DR. RODAS, Benjamín.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. RODRIGUEZ, Ricardo R.	Facultad de Medicina, Universi- dad Nacional de La Plata, Ar- gentina.
DRA. RODRIGUEZ, María Isabel.	Facultad de Medicina de la Uni- versidad de El Salvador, San Sal- vador, El Sal.
DR. ROSAL, Jorge.	Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

IRA. ROSAL, Guiselda de.	Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. SARRIA DAHEZA, Félix.	Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba, Argentina.
DR. SEQUERA, Héctor.	Depto. de Medicina Preventiva, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
DR. SIFONTES, José.	Facultad de Medicina, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
DR. SOTO, Carlos Armando.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. SOTO AVENDAÑO, Arturo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. SOTO CHAVEZ, Hugo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. SOTO URBINA, Enrique.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. SIRVENT-RAMOS, Manuel.	Oficina Sanitaria Panamericana, Guatemala.
DR. SPINETTI, Mario.	Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
DR. TORRES OCAMPO, Gustavo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. TROCHEZ PINEDA, Hilton.	Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.
DR. URRUTIA, Guillermo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. VASCONCELOS, Rubén.	Secretaría de Educación Pública, Dir. Gral. de Acción Social y Educativa, México, D.F.

DR. VERA, Jorge.	Asociación Venezolana de Escuelas de Medicina, Valencia, Venezuela.
DR. VIAL, Salvador.	Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
DR. VALENZUELA, Guillermo.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. VIAU, Alberto.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. VILLAGRAN MUÑOZ, Francisco.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. VILLALOBOS, Heber.	Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
DR. VIÑAR, Marcelo N.	Depto. de Educación Médica de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
DR. ZAMORA, Daniel.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DRA. ZAVALA DE AQUINO, Carolina.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. ZEA, Carlos Enrique.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.
DR. ZEPEDA, Rolando.	Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala.

PROYECTO DE REGLAMENTO PARA EL DESARROLLO DE LA VI CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA.

Guatemala, Septiembre de 1969.

I. OBJETIVO

Orientar a los delegados de la Conferencia para que discutan y formulen conclusiones sobre cuatro temas fijados por la Secretaría General de la Unión de Universidades de América Latina.

Para lograr el objetivo propuesto, se reunirán en la Ciudad de Guatemala, del 17 al 20 de septiembre de 1969 los profesionales interesados y autorizados por sus Facultades o Escuelas de Medicina y por Organizaciones Latinoamericanas que intervienen en la Educación Médica, conforme el siguiente procedimiento:

II. PROCEDIMIENTO

El miércoles 17 será dedicado a la inscripción de los delegados y a actividades protocolarias.

Entre el 18 y el 20 habrá sesiones plenarias, grupos de discusión y elaboración de relatos unitarios para cada Tema.

1. Sesiones Plenarias

Habrá ocho sesiones plenarias:

- 1.1 La primera sesión plenaria de trabajo será presidida por el Comité Organizador de la VI Conferencia. Servirá para dar información general, aprobar la agenda de la VI Conferencia, designar a la Mesa Directiva de las 6 sesiones plenarias de trabajo (Presidente, Vicepresidente, Relator General propietario y Relator General suplente) y para organizar los grupos de discusión (el número de grupos, sus integrantes y sus moderadores y relatores).
- 1.2 En las siguientes cuatro sesiones plenarias se expondrán las ponencias y los comentarios correspondientes a cada uno de los temas.
- 1.3 En la sexta sesión plenaria se expondrán los relatos unificados de cada Tema.
- 1.4 La séptima sesión plenaria servirá para elegir la sede, fecha y temas de la próxima VII Conferencia.



1.5 La octava sesión plenaria será presidida por el Comité Organizador de la VI Conferencia quien clausurará el evento.

## 2. Grupos de discusión.

- 2.1 Los temas serán discutidos por grupos integrados por los delegados inscritos para la Conferencia. Cada grupo tendrá un máximo de veinte y un mínimo de diez delegados. En la primera sesión plenaria de trabajo cada delegado sabrá a qué grupo pertenece y quienes integran los grupos. Los cambios en la distribución se harán de común acuerdo con todos los involucrados.
- 2.2 Se nombrará un moderador para cada día de discusión en cada uno de los grupos, es decir, dos para cada grupo (uno para jueves 18, y otro para viernes 19).
- 2.3 Se nombrará un relator para cada tema en cada uno de los grupos, es decir, 4 relatores para cada grupo (2 para el jueves 18 y 2 para el viernes 19).
- 2.4 El moderador solicitará la participación de los delegados o cederá el uso de la palabra ordenadamente a quienes lo soliciten para la discusión del Tema.
- 2.5 En los momentos oportunos el moderador solicitará al relator la lectura de lo que haya registrado sobre los aspectos de fondo de la discusión y conclusiones obtenidas, para que los delegados establezcan si lo registrado satisface el pensamiento del grupo.
- 2.6 Las discrepancias individuales respecto del pensamiento mayoritario del grupo, a solicitud del interesado, deberán ser registradas en el relato cuando el mismo las presente por escrito.
- 2.7 Concluida la discusión, si hubiere tiempo dentro del fijado para la discusión de grupos, el moderador auxiliará al relator para mejorar el relato escrito.

## 3. Elaboración de relatos unitarios.

- 3.1 El jueves 18 a las 18 horas, en el Edificio de la Facultad de Medicina, se reunirán todos los relatores y moderadores de ese día para elaborar el relato unificado del Tema I y del Tema II.
- 3.2 Por elección entre los moderadores, uno de ellos dirigirá la elaboración del Tema I y otro la del Tema II.
- 3.3 Los relatores de cada Tema elegirán el relator del informe unificado respectivo.

- 3.4 Para el informe unificado de cada Tema, cada relator leerá su registro de la discusión y conclusiones de su grupo. En esa forma se eliminarán las repeticiones y redundancias innecesarias y se integrarán las ideas diversas de los diferentes grupos, buscando que el relato unificado sea lógico, sea congruente y tenga unidad.
- 3.5 El viernes 19, a las 17:30 horas, en el edificio de la Facultad de Medicina se reunirán los relatores y moderadores del día para elaborar el relato unificado del Tema III y del Tema IV. Procederán en igual forma que para los Temas del día anterior. (Ver 3.2, 3.3 y 3.4).
- 3.6 Los moderadores permanecerán con los relatores durante la elaboración de los relatos unificados de cada Tema, para auxiliarlos en la interpretación de lo acordado por cada grupo y para suplir al relator si se presentara el caso.
- 3.7 El relator del informe unificado de cada Tema, dará lectura al mismo en la sesión del sábado 20, a la hora señalada en el programa.

PROGRAMA

Miércoles 17

8:00 - 16:00

Inscripción de Delegados  
Lugar: Facultad de CC.MM.  
Fuera de este horario la inscripción será en el edificio del Banco de Guatemala.

20:00 - 21:00

Sesión Plenaria  
Sesión inaugural  
Lugar: Paraninfo de Fac. CC. MM.  
Preside: Comité Organizador y autoridades locales.

21:00

Recepción. Lugar: Palacio Nacional.

Jueves 18

8:00 - 9:00

Sesión Plenaria  
Sesión preparatoria  
Lugar: Banco de Guatemala  
Preside: Comité Organizador  
1- Información general  
2- Aprobación de agenda  
3- Designación de Presidente, Vice-Presidente, Relator General propietario y Relator General suplente.  
4- Formación de los grupos de discusión.

Sesión Plenaria (Banco de Guatemala)

Tema I

Procedimientos y recursos de las escuelas de Medicina para la promoción del éxito profesional del médico en América Latina.

9:00 - 9:20

Ponentes

Dr. Antonio Ordóñez Flaja  
Ministro de Salud Pública  
Bogotá, Colombia.

9:00 - 9:40 Dr. Rolando Collado A.  
Universidad de San Carlos  
Guatemala.

Comentarista

9:40 - 10:00 Dr. Mario Chaves  
Director Asociado FEPAFEM  
Rio de Janeiro, Brasil.

10:00 - 10:30 D e s c a n s o

10:30 - 12:30 Discusión de grupos Tema I

12:30 - 13:30 Descanso (almuerzo)  
Sesión Plenaria (Banco de Guatemala) Tema II.

El financiamiento de las facultades y escuelas  
de medicina en la América Latina.

Ponente

13:30 - 13:50 Dr. Ramón Villarreal  
Encargado del Depto. de Educación Médica de la  
Oficina Sanitaria Panamericana.  
Washington, D. C., U.S.A.

Comentaristas

14:00 - 14:20 Dr. Miguel R. Barrios  
Secretario Ejecutivo de la Asociación de Faculta-  
des y Escuelas de Medicina de México.

14:20 - 14:40 Dr. Ricardo Rodríguez  
Decano de la Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional de la Plata.  
Argentina.

14:40 - 15:30 D e s c a n s o

15:30 - 17:30 Discusión de grupos Tema II

18:00 - 20:00 Elaboración de relatos finales de los Temas I y II  
por los relatores y moderadores en el edificio de  
la Facultad de Medicina.

21:00 Acto Social

Viernes 19

Sesión Plenaria (Banco de Guatemala)

I Mesa Redonda.

Análisis de las medidas tomadas por las Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina, para aplicar las recomendaciones aprobadas en la precedente V Conferencia.

Ponentes

8:00 - 8:20

Dr. Jorge Campos Rey de Castro  
Ex-Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
Lima, Perú.

8:20 - 8:40

Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán  
Director del Instituto Indigenista Interamericano.  
México.

Comentaristas

8:40 - 9:30

Decanos de Facultades y Escuelas de Medicina.

9:30 - 10:00

D e s c a n s o

10:00 - 12:00

Discusión de grupos Tema III.

12:00 - 13:00

Descanso (almuerzo)

Sesión Plenaria

II Mesa Redonda.

Camino y programas para fomentar y utilizar la actividad del alumnado en el trabajo de las facultades de medicina.

Ponentes

13:00 - 13:20

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

13:20 - 13:40

Dr. Miguel Márquez  
Secretario Ejecutivo-Tesorero,  
Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina.  
Quito, Ecuador.

13:40 - 14:00

Dr. Rubén Vasconcelos  
Director General de Acción Social Educativa de la  
Secretaría de Educación Pública.  
México, D. F., México.

Comentaristas

- 14:00 - 14:10 Dr. Carlos Campillo Saénz,  
Director de la Facultad de Medicina,  
Universidad Nacional Autónoma de México.  
México.
- 14:10 - 14:20 Dr. José Sifontes  
Decano de la Facultad de Medicina,  
Universidad de Puerto Rico  
San Juan, Puerto Rico.
- 14:20 - 14:30 Dr. José Nine Curt  
Director Depto. de Medicina Preventiva y  
Salud Pública de la  
Universidad de Puerto Rico.  
San Juan, Puerto Rico.
- 14:30 - 15:00 D e s c a n s o
- 15:00 - 17:00 Discusión de grupos Tema IV.
- 17:30 - 19:30 Elaboración de relatos finales de los Temas III y  
IV por los relatores y moderadores en el Edificio  
de la Facultad de Medicina.
- 21:00 Acto Social

Sábado 20

Sesión Plenaria (Banco de Guatemala)

- 8:00 - 8:30 Relato final Tema I
- 8:30 - 9:00 Relato final Tema II
- 9:00 - 9:30 D e s c a n s o
- 9:30 - 10:00 Relato final Tema III
- 10:00 - 10:30 Relato final Tema IV
- 10:30 - 11:00 D e s c a n s o
- 11:00 - 11:30 Sesión Plenaria  
Elección próxima sede, fecha y  
Temas VII Conferencia.
- 11:30 - 12:00 Sesión Plenaria  
  
Clausura
- 13:00 Almuerzo en la Antigua Guatemala.

DISCURSO DE INAUGURACION PRONUNCIADO POR EL  
PRESIDENTE DE LA VI CONFERENCIA LATINOAMERICANA  
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA, DOCTOR  
JULIO DE LEON MENDEZ.

Desde hace dos años, fecha en que asistí como representante de mi Facultad y por invitación que me hiciera la Escuela de Medicina de la Universidad de San Marcos de Lima, a la V Conferencia de Escuelas de Medicina de Latinoamérica y cuando al finalizar, se designó a la Escuela de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala como sede de la VI Conferencia, que me forjé grandes ilusiones y propósitos con respecto al evento que hoy inauguramos. Lo miré tan a lo lejos y tan difícil de alcanzar, que el día de hoy en que tengo el honor de decir estas palabras de bienvenida y salutación a nuestros distinguidos visitantes y participantes, verdaderamente se conmueve mi espíritu, de ver aquí en este viejo Paraninfo de nuestra Alma Mater, testigo de tantos eventos académicos y cívicos a lo largo de su existencia como Casa del Saber, congregado a tan selecto auditorio.

Digo que conmueve mi espíritu universitario porque en mis múltiples intervenciones públicas o privadas siempre he enarbolado la bandera de la integración latinoamericana a todos los niveles; pero como en esta ocasión nos referiremos principalmente a los aspectos educativo-médicos, creo que es una gran oportunidad para decir que latinoamérica necesita SELLO PROPIO, sello que le debemos imprimir todos aquellos que tenemos posición de dirigencia y sobre todo que tenemos responsabilidad en la educación.

Es por esta misma razón que hemos creído en la UDUAL y en la labor que viene realizando a través de todo el Continente Latinoamericano en pro de la compenetración, entendimiento y mutuo acuerdo para la solución de nuestros problemas.

Es por eso también que me emociona profundamente la realización de este cónclave, que será un jalón hacia la consecución de nuestros propósitos. Y no debemos dejar morir estas reuniones, sino al contrario vivificarlas para que el día de mañana podamos ver con verdadera satisfacción, una latinoamérica unida y dueña de sus riquezas espirituales, materiales y con un destino propio que la situará aún más alto en el concierto mundial de las naciones.

En la V Conferencia Latinoamericana de Escuelas de Medicina que se realizó en Lima, Perú, en octubre de 1967, se caló bastante hondo en los problemas médico-sociales que afligen a nuestros problemas, recalcando sobremanera que la solución de los mismos no sólo estriba en una buena educación médica que se pudiera dar a los educandos, para proyectarlos a la comunidad y arraigarlos a la nacionalidad, sino insistir en que la solución de los mismos depende fundamentalmente de cambios estructurales político-sociales que principiando por reformas agrarias integrales, han de llevar en un futuro no lejano a una mejor repartición de la riqueza y del ingreso nacional correspondiente.

Recuerdo también que en esa ocasión defendí con vehemencia esos puntos de vista de la Conferencia y que nuestro relator general, Doctor Gonzalo Aguirre Beltrán, aquí presente, hizo énfasis en lo arriba citado, como medio de elevación de la salud y bienestar de nuestros habitantes.

Seguimos manteniendo el mismo criterio, insistimos en él y se nos ha estereotipado en la mente como único punto de partida para desenmarañar la problemática red en que nos hallamos aprisionados.

Nosotros aquí en Guatemala cumpliendo con esas advertencias e indicaciones de la citada V Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina, hicimos un profundo estudio-diagnóstico, de nuestra situación médica-nacional a nivel estudiantil, profesoral y profesional, analizamos con amplio criterio el medio real en que nos movemos, tomamos en cuenta las recomendaciones del Primer Congreso de Servicio Social Universitario que se realizó aquí mismo en esta Casa de Estudios en agosto de 1966, realizamos un Seminario de Educación Médica en septiembre de 1968, y concluimos en una reestructuración total de nuestra Facultad. Abolimos la vieja departamentalización de nuestra Escuela de Medicina, con el objeto de darle una mejor integración, motivación y formación al futuro profesional de la Medicina, orientamos esa educación en tres fases sucesivas que en el transcurso de seis años de enseñanza médica enfocan al Individuo, la Familia y la Comunidad Sana; al Individuo, la Familia y la Comunidad Enferma, y la recuperación de la Salud del Individuo, la Familia y la Comunidad. Si a esto agregamos que nuestros alumnos deben hacer prácticas de campo en el Centro de Salud Universitario y en el área rural guatemalteca, supervisada y dirigida, nos da la convicción que en el futuro tendremos al médico que los guatemaltecos necesitan, como decíamos arriba, proyectados a su comunidad y arraigados a su nacionalidad, con vivencias nuevas en su mente, que lo hagan cumplir mejor con su función de vector de bienestar líder en su comunidad y síquicamente proclive al éxito de su función en el medio en que se mueve.

Estamos propugnando también por la formación del Centro de Ciencias de la Salud en donde varias facultades funcionalmente fusionadas, formen equipos multidisciplinarios que enfoquen nuestros problemas en una forma integral, seremos los ponentes de este tema en la Segunda Conferencia Panamericana de Educación Médica, que se realizará en la ciudad de México del 21 al 24 de este mismo mes.

Sin embargo, creo que debemos hablar ya un poco más de los temas que trataremos en esta VI Conferencia Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina y que a no dudar, en el futuro repercutirá en una mejor formación del Médico que Latinoamérica necesita.

Al discutir "Los procedimientos y recursos para la formación del éxito profesional del Médico en Latinoamérica por las Escuelas de Medicina", no nos estamos refiriendo al éxito económico que pueda o no alcanzar el profesional de la medicina en su ejercicio privado, sino al éxito de su función como líder de la comunidad y vector de bienestar, que está llamado a cumplir y que en infinidad de ocasiones



por falta de una formación adecuada, que no lo han motivado con su comunidad, ni arraigado a su nacionalidad, el médico se frustra en su propio suelo, se desintegra su personalidad y termina emigrando hacia tierras extrañas a su patria latinoamericana, en donde si bien es cierto que pueda tener satisfacciones económicas que lo llenen de momento, nunca podrá tener la plena seguridad de haber cumplido una función en el provenir de su país, ni mucho menos alejar la frustración de haber fracasado en su terreno mismo.

"El financiamiento de las Facultades y Escuelas de Medicina en la América Latina", que es el segundo tema, ha sido, es y sigue siendo de palpitante actualidad, ya que una de las características comunes de casi todas las Escuelas de Medicina de Latinoamérica es la precaria situación económica en que se desenvuelven, consecuencia de la pobreza presupuestaria de su respectiva Universidad; las pocas fuentes de ayuda extragubernamental con que cuentan, así como el creciente número de población estudiantil que cada día acude a las aulas universitarias. Esto contribuye a la deficiente formación profesional que se puede dar al futuro médico en el concierto del desarrollo regional, ya que si contamos con cuerpos docentes debidamente remunerados, equipos y materiales suficientes, plantas y edificios adecuados y sobre todo investigación científica que viva renovando el conocimiento, ayudará a una mejor modelación del espíritu de servicio y sacrificio que cada estudiante de medicina al entrar a la Escuela trae implícito, y ayudará a su formador a descubrir dentro de ese humano que toma entre sus manos, la figura mística del Médico.

Haremos también un "Análisis de las medidas tomadas por las Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina, para aplicar las recomendaciones aprobadas en la precedente V Conferencia", medida indispensable a mi modo de ver, para conocer hasta qué punto estas reuniones están rindiendo frutos aprovechables y hasta qué punto estamos cumpliendo con los mandamientos que de cada una de ellas emerge. De lo contrario estas Conferencias y cualquier otro tipo de reunión sobre la materia, no dejarán de tener un carácter lírico e irreal, que si bien es cierto promueve el convivio, la fraternidad y el conocimiento, nunca llegará a plasmar en realizaciones efectivas, concretas y que trasciendan a la sociedad.

El cuarto tema "Caminos y programas para fomentar y utilizar la actividad del alumnado en el trabajo de las Facultades de Medicina" es aún más subyugante y motivo de discusión y polémica a todo alrededor del mundo. Cómo podemos y debemos aprovechar y canalizar la actividad del estudiante en el quehacer universitario.

Siempre he dicho y lo diré que es una ventana que se debe mantener abierta para que entre aire fresco. Y lo decimos con vivida experiencia y enfatizamos que el entusiasmo, dinamismo, idealismo e impulsividad del estudiante debe ser aprovechado en pro de nuestra vida universitaria.

Nosotros aquí en Guatemala tenemos representación estudiantil en los organismos de dirigencia de toda la Universidad, desde hace veinte años y en nuestra facultad estamos dándole ingerencia al estudiante en los problemas de asuntos docentes. Podemos decir que bien orien-

tada y sinceramente aprovechada esa participación es altamente provechosa y contribuye enormemente a despertar la iniciativa de liderazgo dentro de la juventud.

De manera, distinguidos concurrentes que todo nos hace augurar que la reunión será un éxito, sobre todo por las excelencias académicas y universitarias de cada uno de vosotros.

Nuestra Patria se siente honrada con vuestra presencia y de haber sido electa para tan magno acontecimiento, sobre todo que recién el 15 de este mismo mes concluyó sus tres días de trabajo el Primer Seminario Centroamericano Estudiantil de Educación Médica que fue toda una realización.

Unicamente tenemos que lamentar que vuestra visita coincida con el desastre nacional que ha sido ocasionado por lluvias torrenciales de los últimos días y grandes inundaciones, por lo que no podremos dar a conocer a tan distinguidos visitantes todas las bellezas de este amable país, pero si prometemos hacer de vuestra estancia días placenteros y que perdure en vosotros el recuerdo del país.

Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento al gobierno de la República y en especial al Presidente Constitucional, Licenciado Julio César Méndez Montenegro por la amplia colaboración que ha prestado para el desarrollo del mismo. A la Universidad de San Carlos y demás instituciones públicas y privadas que han ayudado para su mejor realización.

A todos los participantes, porque sus ideas, inquietud y conocimiento nos hagan trazar mejores lineamientos hacia la superación de América Latina.

Guatemala, C. A., 16 de septiembre de 1969.

## PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS PARA LA PROMOCION POR LAS ESCUELAS DE MEDICINA DEL EXITO PROFESIONAL DEL MEDICO EN LA AMERICA LATINA.

Dr. Antonio Ordoñez Plaja,  
Ministro de Salud Pública de  
Colombia.

### Introducción:

Para poder abordar el tema que se me ha encomendado, de por si complejo, parece indispensable en primer lugar definir el "éxito profesional".

Un breve análisis mental del problema nos hace pensar que no puede existir una definición única: parece obvio que no es idéntica la definición subjetiva y la objetiva, o para ser más exactos, la definición del médico y la definición de la comunidad. En ello radica probablemente la existencia de un problema ya que si existiera acuerdo al respecto, el tema no sería de debate.

El factor tiempo es otra variable que debe tenerse en consideración, pues tanto la definición del individuo como la de la comunidad, se modifican a medida que cambia la estructura de la sociedad, y la ciencia y la tecnología alteran la patología predominante y los mecanismos de acción del personal de salud.

Hay que reconocer que en cualquiera de los casos estaremos haciendo generalizaciones, que por definición no son aplicables a situaciones concretas, ya que cada médico, cada comunidad le dará un matiz diferente a cualquier definición y pondrá más o menos énfasis a las diversas partes de la misma. De todos modos una aproximación al tema que tenga en cuenta la diferencia entre lo individual y lo colectivo y los cambios temporales, será probablemente menos inexacta.

En el pasado la sociedad medía el prestigio del médico por su éxito socio-económico. Un subgrupo de la sociedad, el cuerpo médico mismo, valoraba parcialmente a su colega considerando individualmente por su capacidad científica, pero posiblemente en el fondo valoraba su prestigio con los mismos parámetros que la sociedad en conjunto, aún cuando la manifestación aparente fuese diferente, ya que el hombre común expresaba su admiración francamente, mientras los colegas pretendían ocultarlas con críticas y sarcasmos motivados por la envidia. En los últimos años, que han traído tan profundos cambios en la estructura de la sociedad, se nota una saludable tendencia a valorar al médico más por lo que da en términos de servicio y por su contribución al proceso del desarrollo y al cambio social, sin dejar de apreciar en su justo valor su eficacia en el campo de las relaciones médico-paciente expresada en la magnitud del efecto que sea capaz de dar a su paciente y su capacidad de comprensión del ser humano

enfermo, entendido como una totalidad que hace entrega de lo más privado de su personalidad.

### Papel de las Escuelas de Medicina.

Tradicionalmente nuestras escuelas de medicina han venido mostrando al estudiante de medicina una imagen ideal del médico, cuyo prestigio aumenta en la misma proporción en que tiene éxito en el tratamiento de casos individuales. La discordancia entre lo anterior y lo que la sociedad espera del médico, es indudablemente fuente de conflicto y motivo de frustración de las dos partes. Para el médico especialmente que presenta una situación francamente traumática por cuanto sus sentimientos de autorealización estarán permanentemente interferidos por una comunidad que considera su actuación insuficiente, hecho que el médico tendrá tendencia a interpretar como incomprensión y falta de gratitud del conjunto. Tendrá dificultad para comprender, o la deformación que le ha causado siete años de escuela médica, que un servicio a un individuo no origina, en el mejor de los casos sino la gratitud de ese individuo y eventualmente de algunos de sus allegados.

Las escuelas de Medicina y en general la Universidad, han cumplido a través de la historia una doble función, aparentemente contradictoria; la de ser agentes de cambio y la de ser conservadora de la tradición y del acervo acumulado de los conocimientos. La contradicción es solamente aparente, pues las dos funciones son complementarias: lo fundamental es que en el énfasis se ponga en una y en otra, según el momento histórico. Todos los que hemos participado en la vida universitaria sabemos que con contadas excepciones se ha cumplido con mucho más fervor y eficiencia la función conservadora que la renovadora. Recordemos a vía de ejemplo la facilidad con que se agregan horas al curriculum para recargar la memoria del alumno con conocimientos eminentemente transitorios frente a la batalla que es necesario librar, pocas veces con éxito, para que sean eliminadas páginas y páginas de enfermedades que ya no existen o han dejado de tener importancia, o de procedimientos terapéuticos que no se compaginan con el armamentarium que tendrá a su disposición el futuro médico.

En Latinoamérica y posiblemente como consecuencia de lamentables interferencias políticas (en el sentido menos afortunado de la palabra) en la vida universitaria, se ha tomado una actitud defensiva que puede sintetizarse en la expresión que comunmente y con orgullo se expresa en nuestro ambiente académico, "la Universidad no debe dejar entrar la política".

Esta actitud tuvo un orgien lógico pero sus consecuencias no han sido lógicas ni convenientes. Llevada al extremo, ha hecho caer a nuestra universidad en torremarfilismo, apartándola de la realidad política en la que se vive, quiéralo o no, sin que por otra parte tal aislamiento le haya servido para vacunarse contra las pequeñas intrigas que logran penetrar fácilmente.

Las consecuencias de esta actitud negativa de falso aislamiento están a la vista: un alumno que no entiende el mundo que rodea y nutre su universidad, es poco probable que la quiera y casi seguro que sea presa de teorías extremistas que proponen soluciones simplistas. Toda la fuerza del idealismo de la juventud se desvía o desperdicia bajo estas condiciones y el profesional egresado tendrá grandes dificultades para ajustarse a su medio en un doloroso proceso.

### Proceso de selección:

Tenemos que aceptar con franqueza que no hemos desarrollado un método confiable para seleccionar nuestros estudiantes de medicina; que la condicionante real es el cupo y que aún suponiendo que nuestros métodos de selección fueran buenos, la línea arbitraria que trazamos en ochenta o cien puede ser en un año demasiado severa y en el siguiente demasiado laxa, pues la calidad promedio de los aspirantes no es nunca la misma.

Pero más grave aún, todos tenemos serias dudas sobre la calidad misma de nuestros métodos de selección, con el agravante de que nadie se ha atrevido aún a llevar hasta sus últimas consecuencias el método científico para la solución de este problema, como sería por ejemplo, la evaluación de un grupo control, es decir, admitir en la Universidad a un grupo de rechazados y comparar su desempeño con el de un grupo de aprobados.

La entrevista personal para citar otro ejemplo, a la que tanta importancia se ha dado en algunos centros docentes, es demasiado subjetiva: en muchos casos un observador, desprevenido no podría saber quién es el evaluador y quién el evaluado. Un óptimo entrevistador a la vuelta de dos o tres años es ya tan conocido en los medios estudiantiles, que el aspirante a ingresar sabe de antemano cuáles son las respuestas que a él le agradan.

Solamente una cosa es cierta en relación a este tema: tenemos que investigar seria y metódicamente todo lo relacionado con el proceso de selección.

### Motivación:

El transmitir conocimientos no es la única obligación de la universidad para sus alumnos, ni la más importante; la creación de actitudes es una responsabilidad de lo más trascendente. Al respecto considero conveniente anotar algunos de mis puntos de vista sobre los principales propósitos que la universidad debe tener en cuenta, para el logro cabal de su cometido:

Despertar en el alumno actitudes positivas, motivarlo y orientarlo, de manera que el profesional egresado aporte soluciones realistas a la problemática que va a encontrar en el ejercicio de su profesión. Llevarlo a formularse metas compatibles con el medio en el cual va a ejercer, mediante la investigación; aspecto éste, fundamental en la formación universitaria que ha sido totalmente olvidado hasta el presente.

En un mundo cambiante, la universidad no puede cometer el pecado de permanecer estacionaria, debe actualizarse constantemente e infundir en el alumno la motivación básica que le permita permanecer en un constante proceso de autoformación.

Las ciencias del comportamiento juegan aquí un papel fundamental que no es posible lograr por el mero aporte de conocimientos teóricos. Se precisa una vivencia más íntima del especialista en esta ciencia, con el alumno, en tal forma que éste pueda adquirir hábitos y motivaciones profundas.

Si la Facultad de Medicina falla en la orientación y motivación del estudiante, lo obligará a ser un profesional frustrado ante la incapacidad de adecuar sus metas personales a las realizables en su país, o lo seguirá desviando hacia el servicio de un estrato privilegiado, o lo colocará en posición de emigrar a países que estén al nivel de sus aspiraciones.

#### Capacitación adecuada:

Para lograr una capacitación adecuada, se requiere que la Universidad dé al futuro médico:

1. Los conocimientos básicos que le permitan asimilar los avances científicos y tecnológicos que están logrando constantemente. Cada vez es mayor la velocidad con que se modifica el conocimiento humano, y la Universidad debe ser un ejemplo de este dinamismo, no solo capacitando a sus egresados para asimilar el cambio, sino modificándose ella misma a igual velocidad. Las clases magistrales, las citas repetitivas, los libros de texto memorizados, solo conseguirán anular la imaginación y la capacidad creadora del alumno.
2. Los conocimientos para diagnosticar y tratar adecuadamente las entidades más frecuentes en su medio. Como ya lo he mencionado, ésta es también una situación cambiante que demanda actualización permanente, lo cual nos lleva de nuevo a enfatizar sobre la importancia de la investigación por parte de la Universidad y sobre la necesidad de otorgar al alumno herramientas básicas más que conocimientos, muchos de los cuales ya estarán totalmente revaluados cuando egrese de la facultad.  
  
Es fundamental que el estudiante antes de conocer entidades de escasa ocurrencia, aprenda a diagnosticar y a tratar las enfermedades que afectan a la mayor parte de la población.
3. Los conocimientos que le faculten para hacer efectivas las actitudes infundidas por ella misma, en el sentido de comprender al paciente como un individuo que está ubicado en un grupo familiar y en una comunidad, y ello implica no solo en el sentido epidemiológico sino en el sentido psico-sociológico.



4. Los conocimientos que le permitan entender la salud como un componente de bienestar y como un sector del proceso del desarrollo. Esto es de máxima importancia ya que logra que el médico defina su ubicación y coordine sus actividades con los profesionales de otros sectores, sin asumir funciones que no le corresponden y sin descuidar sus propias responsabilidades.
5. El conocimiento de la realidad socio-demográfica del país, el nivel de desarrollo alcanzado, los recursos existentes, para que el egresado pueda proyectar sus actividades sobre una base real.
6. Conocimientos de administración y planeación que le permitan lograr utilizar al máximo los recursos disponibles, mediante la racionalización de los mismos.
6. Las herramientas básicas para llevar a la práctica la motivación infundida de investigación. La universidad en sus investigaciones estará vinculada no solo a sus docentes y alumnos, sino a los egresados que trabajan fuera de ella.

#### Educación continuada:

Toda persona que ingresa a una universidad y logra egresar, debería estar en permanente contacto con ella, y la universidad, diseñar en coordinación con los Servicios de Salud, los sistemas que le permitan remediar las posibles fallas de sus egresados, facilitándoles la actualización de conocimientos y permitiéndoles profundizar en las áreas de su interés, sin que este tipo de educación esté localizado en la universidad sino dirigido por ella a lo largo y ancho del sistema de salud.

Se precisan los siguientes mecanismos para llevar a la práctica lo hasta aquí anotado:

#### Reforma del curriculum:

Adecuar los currícula a las exigencias presentadas, pero mas que adecuarlo, montar un sistema que permita la actualización constante del mismo. Ningún curriculum debe permanecer estático ni ninguna reforma volverse permanente, esto es tan obvio que se olvida.

#### Reforma de la Metodología docente:

En esto hay dos aspectos: La metodología propiamente tal y el sitio en el cual esa metodología se aplica:

##### 1. La Metodología propiamente tal:

Los nuevos métodos docentes aún no han sido aceptados por muchas de nuestras facultades. Seguimos improvisando profesores y éstos siguen repitiendo ante los alumnos el texto de los libros, al igual que hacían años atrás. Es preciso utilizar todos los recursos

que los nuevos métodos docentes nos ofrecen, y en ese sentido establecer una política definida de capacitación de todo el profesorado.

## 2. Sitio en el cual se aplica dicha metodología:

Hasta ahora la enseñanza tanto de pre como de postgrado, se ha concentrado en el Hospital Universitario. Ello ha implicado un encastillamiento de la Universidad, la cual se ha aislado del sistema de salud, lo que a su vez ha implicado un mayor desconocimiento de la problemática real. El futuro médico se ha venido formando en un medio sofisticado, distinto de aquel en el cual va a ejercer, viendo una patología seleccionada, diferente de la que va a encontrar en su ejercicio periférico y cumpliendo unas funciones muy distintas de las que va a asumir al egresar.

El preciso que la Facultad de Medicina salga del Hospital Universitario y se desplace a la periferia, tanto para su educación de pre como de post-graduado. Ello implica una coordinación de la Facultad con los servicios de salud, con las siguientes modificaciones en los programas, en tal forma que los alumnos tengan oportunidad de conocer el medio real en el cual van a ejercer, de familiarizarse con su patología y con su problemática operativa.

Esta extroversión de las facultades de medicina es de gran importancia, no solo por la mejor preparación que va a dar a sus estudiantes, sino que les permitirá motivarlos en una forma mucho más adecuada.

## Modificación de la Educación de Post-graduado.

La educación de post-graduado igualmente debe descentralizarse del Hospital Universitario y hacerse en forma escalonada, de la periferia hacia el centro. Esto además de las ventajas anotadas, permite mejorar la calidad de la atención médica en esos niveles y como un subproducto puede estimular la radicación por fuera de las capitales del personal, que de otra forma difícilmente se atrevería a aventurarse fuera de "Su" medio conocido.

## Investigación:

La investigación es condición de toda universidad; no solo la investigación básica como muchos han creído, lo es igual y posiblemente más en nuestro medio, la investigación operativa. Es importante por muchos aspectos: como mecanismo de docencia para crear en el estudiante hábitos investigativos, como medio para hacerle conocer la realidad que le rodea, como medio de actualización de la misma universidad y como colaboración de la universidad al mejoramiento de los Servicios de Salud y al proceso de desarrollo. Pero para que esto se lleve a la práctica es ante todo necesario que las facultades capaciten a sus docentes en la investigación. Ninguna de estas ideas podrá transformarse en realidad si los docentes no están preparados y motivados para realizarlas.

En resumen creo que si las facultades de medicina quieren



realmente garantizar el éxito de sus egresados, deben tomar una posición de autocrítica que parta de la premisa de que el éxito de sus alumnos es su éxito y que la recíproca es igualmente válida aunque menos fácil de aceptar.

---

LAS FACULTADES DE MEDICINA (ESCUELAS) DE AMERICA  
LATINA Y EL EXITO DEL MEDICO.

Dr. Rolando Collado,  
Investigador de la Universidad de  
San Carlos de Guatemala.  
Profesor de la Facultad de Medicina  
de la Universidad Nacional Autónoma  
de México.

Documento para ser presentado como ponencia a la VI Conferencia de Facultades (Escuelas) de Medicina de América Latina, a celebrarse en la Ciudad de Guatemala en el mes de septiembre de 1969.

- I           Introducción.
- II           Objetivo.
- III          Material y método de trabajo.
- IV          Resultados.
  - 1) El éxito.
  - 2) Objetivos y éxito de la Facultad de Medicina.
  - 3) Objetivos y éxito del médico.
    - a) Migración interna.
    - b) Migración internacional.
    - c) Factores de migración.
    - d) Médicos que no migran.
    - e) Inadecuada distribución del trabajo.
  - 4) Objetivos y éxito de la sociedad.
  - 5) Resumen.
- V           Tesis: El éxito del médico conviene a:
  - a) El médico.
  - b) La Facultad de Medicina.
  - c) La sociedad.
- VI          Ponencia.
- VII         Bibliografía.

## I. INTRODUCCION.

Por regla general el éxito profesional es un tema que no forma parte de las actividades docentes en la formación del médico. Si bien muchos profesores abordan ese capítulo de la futura vida de sus alumnos lo hacen al margen de sus obligaciones docentes, impulsados más que todo por el deseo de facilitarles un camino que para ellos ha sido difícil e importante.

Por otra parte, dentro de la evolución reciente de la enseñanza de la medicina se ha tendido a formar en el estudiante una actitud positiva hacia la solución de los problemas sociales, que si bien ha favorecido la colaboración del médico en programas de salud y de desarrollo, ha facilitado el desprestigio, o por lo menos, el olvido de la necesidad básica de solucionar los problemas personales. Es mal visto que el estudiante y el médico se preocupen por su futuro económico ya que "su profesión es de servicio a la comunidad", como un apostolado que casi implica el renunciamiento a los bienes materiales.

Seguramente no es esa la intención de los educadores médicos que esperan un adecuado equilibrio entre la tranquilidad en el ejercicio profesional y la eficiencia del mismo, pero el resultado si ha sido ese: no es una afirmación resultante de encuestas específicas, sino del contacto con profesionales de distintos países latinoamericanos y con estudiantes de medicina de varias generaciones. Creemos que, en general, el estudiante de medicina latinoamericano no es preparado para tener éxito en su profesión.

Ahora bien, es necesario definir qué es éxito, pues probablemente la falta de claridad en este aspecto es lo que le ha dado la apariencia de un exclusivo beneficio personal, reducido a medidas financieras. Forma parte específica de este trabajo el considerar qué es el éxito y por de pronto, nos contentamos con señalar que no debe reducirse a lo material, ni a las limitaciones del egoísmo primitivo. Está a nuestro juicio íntimamente ligado al medio donde el médico trabaja y eso nos lleva a considerar un punto que ha despertado interés en los últimos años: la migración del médico latinoamericano a otros países, lo que para nosotros refleja la falta de éxito en su país de origen.

Por esta consideración, estimamos que el tema es importante de tratar desde distintos puntos de vista y que la Facultad de Medicina, como centro de formación del médico, está llamada a tomar en sus manos el problema y propiciar su adecuado estudio y solución.

## II. OBJETIVO.

El objetivo del presente trabajo es tratar de demostrar que las Facultades (Escuelas) de Medicina, deben dar los pasos necesarios para que el médico que forman, alcance éxito íntegro en su vida profesional.

Un segundo objetivo consiste en señalar un camino que pueda llevar a la meta antes señalada.

### III. MATERIAL Y METODO DE TRABAJO.

No hay mucho escrito sobre estos temas, y las investigaciones que encontramos relacionadas con algunos aspectos que deseábamos tratar, también fueron escasas; al final se describe la bibliografía consultada y el resto se basa en discusiones y opiniones que fundamentan la ponencia. La recopilación de datos y búsqueda de publicaciones fué realizada por estudiantes de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, colaboradores en el presente trabajo. Ellos son: Mary Carmen Amigo, Beatriz González, Paloma Roque, Antonio Alfeirán, Ma. Teresa Durand, José Antonio García y Narciso Graña.

Puede ser que dentro de publicaciones ajenas a la medicina, se discuta más a fondo este tema, pero la falta de estudios al respecto, en la literatura médica parece confirmar la idea de que no se considera un "tema médico"; a continuación los datos que hemos encontrado.

### IV. RESULTADOS.

#### 1. Exito.

Siendo el tema del trabajo, es preciso definir el término de éxito. La Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana, Espasa Calpe 1930, señala en la página 1519 del Tomo 22 que, éxito es el "fin o terminación de un negocio o dependencia. Resultado feliz de un negocio, actuación, etc."

El Gran Diccionario de Sinónimos Castellanos (1) dice: "el éxito es el último de una serie de hechos encaminados al mismo fin, que determina si este fin se consigue o se frustra". "El resultado es un hecho preparado por los hechos anteriores y que participa de su tendencia y carácter. La consecuencia es un hecho aislado que emana de los que le han precedido, pero que puede no tener analogía con ellos".

Desde el punto de vista psicológico, se afirma que "toda actuación humana está dirigida para obtener un éxito, lo que es pues, la fuerza motora más importante de la vida anímica". (2)

- (1) Joaquín Gil, Buenos Aires, 1950, compuesto sobre la base del Diccionario Completo de Roque García.
- (2) Diccionario Enciclopédico Psiqué, Bela Szekely, Editorial Claridad, Buenos Aires, 4a. Ed. 1966. Vol. 3, p. 248.

Aplicando estos conceptos a la formación del médico, diríamos que el resultado de ese "negocio", está constituido por la formación del médico que se ha planeado formar, o sea que si el médico que sale de la Facultad de Medicina es distinto del que se esperaba saliera, no se está alcanzando éxito. Esta afirmación se vincula a lo que dice el Diccionario de Sinónimos Castellanos de que el éxito no sólo es el último de una serie de hechos encaminados al mismo fin, sino que además, el llegar a ese hecho determina si el fin se consigue o se frustra.

Desde el punto de vista psicológico, "la fuerza motora más importante" de la Facultad de Medicina es llegar a la formación de médicos con determinadas características, que llenen funciones específicas.

Por consiguiente, para terminar si las Facultades de Medicina están o no teniendo éxito, es preciso conocer con más detalle cuál es el tipo de médico que desean formar, y luego ver si en la realidad lo están formando.

Ahora bien, eso es solo en función de la Facultad de Medicina; es importante también considerar el tipo de médico que el estudiante de medicina desea ser, así como el tipo de médico que espera la sociedad a la que pertenece. Es evidente la importancia que los tres aspectos tienen: si hay divergencia entre lo que desea el estudiante y lo que desea la Facultad, sobrevendrán conflictos. También los habrá si la divergencia está entre lo que espera la sociedad que financia la Facultad, y lo que la Facultad produce, y habrá serios problemas también si la divergencia es entre la sociedad y el estudiante o en este caso, entre la sociedad y el médico.

Es importante conocer entonces el fin que persigue cada uno de esos sectores.

## 2. Objetivos y éxito de la Facultad de Medicina.

En América Latina, la tendencia actual de la Educación Médica va en pos de la formación de un médico general que participe activamente en la solución de los problemas nacionales de salud (1). Conforme la prestación de los servicios médicos evoluciona, de la medicina liberal a la socializada en distintos tipos, se hace énfasis en que el médico tenga "sensibilidad social", "espíritu de sacrificio", "interés en los problemas sociales", etcétera. Se espera entonces que el médico vaya a donde es más necesitado y que se prepare mejor para colaborar en la solución de problemas. Es así como se ha introducido e incrementado en América Latina la enseñanza de la Medicina Preventiva, la Salud Pública, la Medicina Social y otras disciplinas vinculadas a la solución de los problemas nacionales.

No hemos podido efectuar un análisis casuístico de los objetivos que institucionalmente tienen cada facultad y escuela; esa sería

(1) Véase Bibliografía.

la base para determinar el punto de partida para la evaluación de resultados. El otro elemento estaría representado por el tipo de médico que ha salido de cada centro docente, o sea una investigación de campo que diera idea de cómo son los médicos de cada país, sus conocimientos, actitudes, realizaciones y situación integral. Como eso está fuera de nuestras posibilidades actuales, tenemos que acudir a los indicadores relacionados con los objetivos: uno de esos indicadores es la distribución de los médicos en el territorio nacional, ya que la Facultad espera que el médico, interesado en los problemas nacionales, vaya a los lugares donde es más necesitado.

### CUADRO 1

Número de médicos y proporción por 10,000 habitantes en las capitales y grandes ciudades y en el resto del territorio.

17 países alrededor de 1964 (1)

<u>País</u>	<u>Año.</u>	<u>Capitales y grandes ciudades.</u>		<u>Resto del país.</u>	
		<u>Número</u>	<u>Razón</u>	<u>Número</u>	<u>Razón</u>
Argentina	a) 1962	20,353	28.8	11,478	8.0
Bolivia	b) 1963	456	9.7	576	1.8
Brasil	c) 1962	13,154	13.9	16,686	2.6
Colombia	a) 1962	3,784	7.4	3,669	3.8
Costa Rica	b) 1962	408	9.3	167	2.0
Cuba	d) 1965	3,595	22.8	3,220	5.3
Chile	b) 1964	2,957	10.6	18,853	3.4
Ecuador	b) 1965	786	7.2	916	2.3
El Salvador	b) 1963	352	7.0	229	1.0
Honduras	b) 1965	188	5.8	153	0.8
México	c) 1965	10,832	14.9	10,333	3.1
Panamá	d) 1964	302	7.1	121	1.6
Paraguay	d) 1964	800	24.2	261	1.6
Perú	d) 1964	3,420	17.1	1,815	2.0
Rep. Dom.	b) 1963	1,471	28.5	614	2.2
Uruguay	b) 1964	2,400	19.5	651	4.5
Venezuela	d) 1964	3,027	17.6	3,557	5.3

- a) Distrito Federal y departamento o provincias con ciudades de más de 500,000 habitantes.
- b) Departamento o provincia que incluye la capital del país.
- c) Distrito federal y ciudades de más de 500,000 habitantes.
- d) Area metropolitana de la capital.

(1) Las condiciones de salud en las Américas 1961-64 O.P.S.

Este cuadro muestra la disparidad de la atención médica en la ciudad y en el campo latinoamericano; hay grandes variaciones, pues mientras en las grandes ciudades argentinas hay 28.8 médicos para cada 100,000 habitantes, en el campo de Honduras hay sólo 0.8. La mayor proporción en las ciudades después de Argentina, se encuentra en la República Dominicana (28.5), Paraguay 24.2 y Cuba 22.8. El campo más abandonado después de Honduras es el de El Salvador, 1.8 y Panamá y Paraguay con 1.6. El caso de Paraguay es interesante pues es donde más se marca la disparidad entre ciudad y campo, ocho veces la proporción de uno y otro.

El campo con más médicos es el de Argentina nuevamente, 8.0 y luego el de Cuba y Venezuela con 5.3 médicos por 100,000 habitantes.

Si los objetivos de las facultades y escuelas de Medicina incluyen la atención médica de las áreas más necesitadas, este cuadro hace ver que esos objetivos no se están logrando, el campo latinoamericano sufre de más elevada mortalidad y morbilidad y está bastante falto de médicos que lo atiendan.

### El descenso de la enfermedad y la muerte.

Uno de los elementos que podría señalarse como muestra de que la Facultad de Medicina, a través del médico está colaborando en la solución de los problemas nacionales, es el descenso que han sufrido las tasas de mortalidad en todos los países, especialmente las urbanas. Indudablemente parte de esa mejoría se debe a la labor del médico pero es muy difícil evaluar cuánto de ella le corresponde, pues de otros factores se ha recibido colaboración también, entre ellos, la mejora del nivel de vida, la introducción de agua y servicios sanitarios, la mejora en la alimentación. Es difícil saber cuánto corresponde a cada factor, y por otra parte es difícil establecer si el médico ha llegado a mejorar el nivel de vida del campo, o ha llegado al campo porque ha mejorado el nivel de vida.

En resumen queremos señalar la importancia que tiene el que la Facultad de Medicina concrete y detalle cuáles son los objetivos que persigue y establezca normas de evaluación para saber si está logrando lo que desea. Por de pronto, la distribución de médicos en los países, señala que no lo está logrando a cabalidad.

### 3. Objetivos y éxito del médico.

Desde que el estudiante ingresa a la Facultad de Medicina tiene motivos que lo impulsan a seguir la carrera con mayor o menor entusiasmo. Hasta dónde esos motivos son claros para el mismo estudiante, es difícil de determinar; seguramente hay gran variación, desde quien sabe exactamente lo que quiere y busca, hasta el que es ignorante total de lo que en realidad lo ha impulsado a seguir la carrera.

Dentro de esa variación, es indudable que cada quien busca el éxito y lo que no está claro es lo que eso significa para uno u otro. Puede ser académico, profesional, económico, social, etcétera y tal vez valga la pena hacer una lista con los conceptos que describen cada tipo

de éxito.

Es probable que nadie rechazaría tener:

1. Exito profesional, en el sentido de ser bien considerado por los colegas, por los pacientes y la sociedad en general, y calificado de competente y responsable.
2. Exito académico, representado por amplios conocimientos y un lugar adecuado dentro de la escala formal o tácita de los conciudadanos de la misma disciplina. Tanto mejor si ese lugar tiene relieve internacional.
3. Exito social, siendo bien recibido en los distintos sectores de la sociedad donde se mueve o a donde quiera llegar.
4. Exito económico. Un razonable estado económico que le permita vivir y ejercer su profesión sin angustia; estar tranquilo en la atención de su familia y en los riesgos de incapacidad, vejez y muerte.
5. Exito gremial, en el reconocimiento que como compañero y colaborador se le presta por sus colegas de profesión.
6. Exito universitario, al trascender de su disciplina especializada hacia otros campos que universalizan los efectos de su actividad.
7. Exito familiar, en cuanto al núcleo básico de la estructura social y que le es más caro, se desenvuelve adecuada y agradablemente bajo su equilibrada dirección.
8. Exito psicológico que hace de él un individuo sano y mentalmente positivo, creador y feliz.
9. Exito físico, si así puede llamarse al estado de salud básica, la salud física que se debe complementar con el bienestar psíquico y social ya mencionados.
10. Exito filosófico e integral. La fusión e integración de todos los tipos de éxito que puedan enumerarse y que sumados pueden formar el mayor éxito humano: el éxito vital.

Aunque no es práctico situarse en términos teóricos y mucho menos utópicos, podemos decir que nadie rechazaría el tener tales éxitos. Cuáles son más importantes y cuáles corresponden más específicamente a la formación que el estudiante recibe en la Facultad de Medicina, puede discutirse. Sin embargo, lo que nos interesa señalar es la importancia que tiene el pensar en estas cosas para señalar metas concretas y medibles, que permitan sabersi se está trabajando con efectividad, logrando fines satisfactorios o si solamente los señalamos vagamente, trabajamos toda una vida y después no conocemos los resultados reales de nuestro esfuerzo.



Cualquiera sea la escala de valores y de éxitos que el médico latinoamericano tenga, un hecho es innegable: si alcanza lo que ha deseado en su país o en su pueblo, el médico se quedará a vivir allí. Si no lo alcanza, lo busca en otro sitio.

#### a) Migración interna.

El estudiante de medicina no es solo nativo de la capital y las grandes ciudades; procede de todo el país y se concentra en las urbes donde se encuentran los centros docentes. Después de graduado se enfrenta a la disyuntiva de volver a su pueblo natal o quedarse en la ciudad, y es allí donde choca la escala de valores, los intereses y los sentimientos de su niñez, con lo que ha aprendido y con lo que se ha transformado. Es frecuente escuchar al estudiante de reciente ingreso diciendo que quiere ser médico para volver y ser útil en su pueblo, en su ciudad o estado, y eso refleja las ideas y sentimientos que le han inculcado en el hogar y en la escuela y que reafirma con las disciplinas humanísticas de la carrera.

Sin embargo, el cuadro anterior (número 1), señala la elevada concentración que en América Latina tienen los médicos en las ciudades en comparación con el campo. Para una mejor visión del problema deberíamos comparar entre los estudiantes de medicina, qué porcentaje procede del campo y cuál de la ciudad; y luego hacer lo mismo con los médicos. Es más, para comparar el mismo universo habría que investigar entre los médicos qué proporción nació en el campo y migró a la ciudad, y por otra parte, a varias generaciones de estudiantes seguir las en su vida para determinar qué proporción vuelve a su pueblo.

De la impresión general y de los datos disponibles, suponemos que existe una migración del campo a la ciudad, que hace que ésta absorba a los estudiantes del interior. ¿A qué se debe este fenómeno?

Nuestra interpretación gira alrededor del éxito. Las metas que un estudiante del interior trae, constituirían, de ser alcanzadas, un tipo de éxito. Esas metas deben estar elaboradas por los conceptos que el muchacho tiene a temprana edad y que son matizados por su vida juvenil; el prestigio del médico del pueblo, la fraternidad del grupo que se compromete a engrandecer el pueblo, la herencia familiar de los valores de los antepasados, el espíritu de pequeño-gran localismo aprendido en la escuela, y la seguridad económica como algo que se dará por añadidura a todo aquel que corone un éxito tan grande como una profesión.

Pero en la universidad las cosas cambian; paulatinamente resulta que aquel médico admirado tenía grandes deficiencias en su preparación científica y en su interés por estar al tanto de la evolución de la medicina y del mundo; no basta engrandecer al pueblo natal sino al país; los valores familiares son substituidos por la inminencia de formar familia con una pareja que tiene otra formación y estructura; el localismo del pueblo suena pequeño y la seguridad económica se ve amenazada por una competencia mucho mayor de la esperada. La medicina es otra, la economía, la relación social, la vida son otras y por consiguiente el éxito es otro; las metas son distintas y ya no se pueden alcanzar volviendo al pueblo. Hay que quedarse en la ciudad a triunfar en ella.

La migración interna es entonces una consecuencia en el cambio de escala de valores del estudiante, de las nuevas metas, o sea de su nuevo concepto del éxito.

Y los que si regresan a ejercer al interior, es que mantienen su primaria escala de valores, o es que a pesar de haberlos modificado en parte se ven forzados a volver por la falta de oportunidades en la ciudad, o por que no tuvieron capacidad para abrirse paso en ella? La actitud del médico que vuelve al campo se ha de ver determinada por los motivos que lo hicieron regresar: si mantiene la intención inicial y le entusiasma haberse capacitado para ser útil, regresará a ser un positivo empuje para la transformación y progreso social; si por el contrario se siente fracasado, volcará su frustración en su vida y en su ejercicio profesional. De allí la importancia de conocer lo que para el estudiante en proceso de formación constituye el éxito; y la importancia de orientarlo integralmente no solo para que estructure una sólida y positiva escala de valores, sino para que desarrolle habilidades que le ayuden a alcanzar sus metas. Es indudable que a la sociedad hace mucho más bien un médico entusiasta que promueve el progreso, que un médico frustrado que nada aporta, o lo frena.

#### b) Migración internacional.

El cambio de residencia no termina con la migración del campo a la ciudad; existe además una proporción de médicos que sale de su país no sólo para estudiar, sino para radicarse en el extranjero. En el caso de América Latina esa migración se hace fundamentalmente hacia los Estados Unidos de Norteamérica, así como antes se efectuaba hacia Alemania y Francia. En un estudio encargado por la Organización Panamericana de la Salud (1) se encontró que en el año de 1966, residían en Estados Unidos aproximadamente 6,000 médicos graduados en Facultades de Medicina de América Latina. Aunque 900 eran ciudadanos norteamericanos, el número equivale más o menos al total que en un año gradúan estas facultades. La distribución por país era la siguiente:

(1) Migration of Health personnel. Scientists and Engineers from Latin America. Scientific Publication No. 142. PAHO, 1966.

CUADRO 2.

Graduados de Facultades de Medicina de América Latina  
que residen en Estados Unidos, 1966.

<u>País</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Total (a)	6,000	100
Cuba	1,800	30
México	1,380	23
Argentina	780	13
Colombia	540	9
Rep. Dominicana	420	7
Perú	300	5
Brasil	180	3
Haití	180	3
Ecuador	60	1
Chile	60	1
Guatemala	60	1
Venezuela	60	1
Nicaragua	60	1
Otros (b)	120	2

Fuente: información directa de la American Medical Association

(a) En números redondos. El total era 5,971 y no 6,000

(b) Incluye El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, Surinam y Uruguay.

Suponiendo que el costo de preparación de cada médico sea de 20,000 dólares aproximadamente, cada país ha perdido en concepto de esos médicos la siguiente cantidad:

CUADRO 3.

Costo de la formación de médicos graduados en América  
Latina que residían en Estados Unidos en 1966.

<u>País</u>	<u>Médicos</u>	<u>Costo en dólares.</u>
Cuba	1,800	36,000,000.00
México	1,380	27,600,000.00
Argentina	780	15,600,000.00
Colombia	540	10,800,000.00
Rep. Dominicana	420	8,400,000.00
Perú	300	6,000,000.00
Brasil	180	3,600,000.00
Haití	180	3,600,000.00
Ecuador	60	1,200,000.00
Chile	60	1,200,000.00
Guatemala	60	1,200,000.00
Venezuela	60	1,200,000.00
Nicaragua	60	1,200,000.00
Otros	120	2,400,000.00
Total:	6,000	120,000,000.00

Sin acuerdo de alianza, esos ciento veinte millones de dólares, han sido una ayuda de América Latina, en concepto de personal médico a los Estados Unidos. Habría que añadir lo que esos médicos representan en ayuda efectiva por el ejercicio profesional e intelectual que han hecho en favor de la población, medida muy difícil de establecer. Como en Estados Unidos hay un poco menos de 300,000 médicos, la proporción procedente de Facultades de América Latina es mayor al 2%, pero el problema tiende a agravarse pues conforme pasan los años, mayor es el número de médicos y técnicos en general que van de la América Latina a Estados Unidos: en 1961 fueron aproximadamente 3,100, mientras que en 1965 fueron 5,400. De América del Sur el aumento fue para esos años de 1,900 a 3,600 y de América Central aumentó de 550 a 900. De 1961 a 1965 entraron con visas de inmigrantes procedentes de América Latina a los Estados Unidos, 19,100 profesionales, técnicos y trabajadores especializados. Esos datos dan una idea del volumen y del agravamiento progresivo del problema, que en términos relativos a la población significa que América Latina perdió 31 personas capacitadas por cada 100,000 habitantes solo por esa migración, variando desde 7 en Brasil hasta 183 en Costa Rica.

Pérdida relativa en función del número de graduados.

El número de médicos que van a los Estados Unidos con visa de inmigrantes, al compararlo con el número de médicos que se gradúan en su país de origen, da los siguientes resultados, aunque, por dificultades explicables, no se aportan los datos exactos para cada año.

CUADRO 4.

Médicos que entraron a Estados Unidos con visa de inmigrantes y número anual de graduados en su país de origen.

Proporción entre ambas cifras.

<u>País.</u>	<u>Número anual de graduados (a)</u>	<u>Año</u>	<u>Número de inmigrantes a E.U.A. (b)</u>	<u>Porcentaje</u>
Cuba	334	1965	201	60.1
Haití	41	1965	20	48.7
Panamá	20	1964	8	40.0
Honduras	13	1965	5	38.4
Rep. Dom.	85	1964	32	37.6
Nicaragua	22	1965	6	27.2
Bolivia	104	1963	28	26.3
Colombia	391	1963	82	20.9
Ecuador	69	1965	13	18.8
El Salvador	40	1964	6	15.0
México	1,079	1965	110	10.1
Argentina	1,871	1962	140	7.4
Perú	359	1964	25	6.9
Guatemala	89	1964	6	6.7
Chile	247	1964	8	3.2
Brasil	1,334	1962	37	2.7
Venezuela	364	1964	10	2.7

Paraguay	97	1964	2	2.0
Uruguay	91	1964	1	1.0
Costa Rica	-		8	
Trinidad y Tobago	-		7	
<b>T o t a l :</b>	<u>6,650</u>		<u>755</u>	<u>11.3</u>

Es posible que la cifra de 755 no sea de pérdida real, pues algunos de los que ingresan con visa de inmigrantes vuelven a su país después de un período de estudios; sin embargo, el hecho de que sean visas de inmigrantes y no de estudiantes o de otra categoría de temporalidad, hace suponer que la pérdida es elevada. La estimación que el estudio mencionado hace referencia a la inmigración anual real, sin incluir a Cuba, es de 300 médicos aproximadamente.

De todas formas, de las cifras disponibles parece desprenderse que el 11% de los médicos que se gradúan en América Latina cada año, migran a los Estados Unidos; la variación está desde 1.0% del Uruguay, hasta 48.7% de Haití. Son casos especiales el de Cuba por seguir las fechas a la migración posterior a la Revolución, y los casos de Costa Rica y Trinidad Tobago que sin tener aun graduados locales, migraron 8 y 7 médicos respectivamente.

Suponemos que los resultados que muestra este cuadro no se encuentran dentro de los objetivos de las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.

### ¿Por qué migran los médicos?

En el estudio mencionado de la Oficina Sanitaria Panamericana, se incluye el resultado de una encuesta realizada entre los médicos latinoamericanos que residían en los Estados Unidos y entre otro grupo que no había migrado. El objetivo era encontrar los factores que estimulaban y que inhibían la migración y los resultados fueron los siguientes:

#### c) Migración de Médicos de América Latina a Estados Unidos.

##### Factores que estimulan

Falta de oportunidades profesionales.  
Muy bajos ingresos.  
Pobres recursos y facilidades.  
Política profesional.

##### Factores que inhiben

Falta de inglés fluido.  
Oportunidades adecuadas.  
Salarios adecuados.  
Adecuado equipo y facilidades.  
Estímulo del medio para el profesional.

a) Las condiciones de salud en las Américas.- O.P.S. 1961=64.

b) Migration of Health Personnel. PAHO. 1966. Scien. Publ. 142.  
Los datos se refieren al año 1965.

Inestabilidad política, limitación de libertad personal y profesional.	Progreso basado en el mérito profesional.
Ausencia de cuotas de inmigración a los Estados Unidos.	Educación médica de baja calidad.
Matrimonio con norteamericana o norteamericano.	Patriotismo, lealtad a la sociedad y al país.
Leyes liberales para ejercer.	Estabilidad política y liberal.
Buenas escuelas médicas.	Lazos familiares y sociales.
Postgraduado en Estados Unidos.	Requisitos de permiso en los Estados Unidos.
Altas calificaciones.	Buenos postgraduados en América Latina.
Larga duración.	Necesidad de dejar los Estados Unidos los visitantes.
Altos salarios.	Exámenes para la incorporación a estudios y ejercicio en los E.U.
Entrenamiento inadecuado para las necesidades de América Latina.	
Inglés fluido.	

El orden en que están puestos los factores, es el resultante de la importancia que tuvieron en las respuestas. En cuanto a los factores que favorecieron la migración, se encuentra en primer lugar "la falta de oportunidades en la profesión" en el país propio. Es probable que esto se vincule estrechamente con la organización de la asistencia médica en la América Latina, donde el paso de la medicina liberal a la socializada ha tomado al médico desprevenido en cuanto a su preparación y adaptación a nuevos sistemas. A pesar de la modificación paulatina de los programas de enseñanza, es probable que el médico continúe sintiéndose un profesional liberal dentro de una economía liberal y dentro de una sociedad liberal. Esa sensación o actitud implica una forma de ver la vida profesional, implica la imagen del antiguo médico importante para el enfermo y la familia, el "señor" que debe ser bien recibido y bien tratado por los demás, el hombre a quien no debe regateársele mérito, emolumentos y oportunidades de trabajo. Pero al salir se encuentra con que tiene que solicitar un puesto en una institución o en el Gobierno, que en lugar de honorarios tendrá salario y que sus pacientes le recuerdan la obligación que tiene de atenderlos "pues para eso le están pagando". La importante posición que esperaba no existe y por el contrario se ve ante la necesidad de hacer valer sus derechos, encontrándose muchas veces que los méritos no siempre son los académicos, sino que influye la amistad, las relaciones, la actitud ante superiores e inferiores, y además, la política local.

Esa "falta de oportunidades refleja una actitud de espera al reconocimiento de méritos, al ofrecimiento de trabajo, y no una actitud agresiva de abrirse paso en el medio. Pero no se puede pedir al médico que se abra paso en el medio, si no está preparado para eso; si no entiende el medio, ni está armónicamente integrado a él, si su escala de valores es distinta a la que encuentra en el medio de trabajo y si sus reservas de personalidad no le sacan adelante, lógicamente siente que "no le han dado oportunidad".

Ahora bien, el que no tenga capacidad para abrirse paso en el medio en que vive, no significa que no tenga capacidad como profesional o como técnico de la medicina; en este campo puede incluso ser muy



valioso y al encontrar oportunidades en otro país su respuesta natural es la migración.

El segundo lugar lo ocupa "ingresos escasos" como causa de migración. El médico espera una determinada retribución por sus servicios y lo difícil es saber si esa expectativa es justa dentro del orden social, o en determinado momento, muy ambiciosa; en ambos casos la respuesta al fracaso y a la oferta de una mejor situación, puede también ser la migración. Si es una esperanza justa y no se alcanza, es por culpa del médico o por culpa de la organización social? ¿Será que no es capaz de buscar un lugar adecuado para desenvolverse, o que no hay sitio para él? Sitio, parece que existe dado que se habla constantemente de la falta de médicos en América Latina, pero no está a su alcance o no llena sus necesidades. En este último caso, es que el médico no se conforma con la situación que tiene su gremio, ¿Será que le parece mejor la situación que el gremio tiene en otro país? De ser así, estimará que en el propio no tiene éxito y lo busca en el extranjero, con los patrones de cultura extranjeros, con una escala de valores distinta a la del país propio. Si el médico por el contrario, tuviera capacidad para buscar las oportunidades y no para esperarlas, si tuviera interés y capacidad para hacerse necesario y para solucionar problemas, eso le aseguraría un lugar de trabajo y en la medida que fuera útil, podría mejorar sus ingresos hasta un nivel de equilibrio entre sus necesidades y los servicios que presta.

Las dos primeras causas de migración muestran entonces la falta de preparación del médico para adaptarse a la sociedad en que vive, y tener éxito en ella. Más adelante discutiremos la importancia que para todos puede tener el que el médico tenga éxito; por ahora, hemos señalado algunos elementos que demuestran que una proporción de médicos latinoamericanos no tienen éxito en sus países, y las razones que los impulsan a ir al extranjero. En el cuadro se señalan las razones encontradas en el estudio, pero no las comentamos en este trabajo; es un tema muy importante que seguramente serviría de base para otras investigaciones.

#### d) Médicos que no migran.

La encuesta realizada entre médicos que no habían migrado a los Estados Unidos señaló que la principal razón para no haberlo hecho fue "la falta de un inglés fluido". Nos parece muy extraño que ese haya sido el resultado y se debe seguramente a la forma como fué hecha la investigación. No creemos que eso represente al médico latinoamericano que no vaya de su país a los Estados Unidos "porque no habla bien inglés". Eso parece significar que todos los médicos latinoamericanos estamos profundamente interesados en ir a vivir a los Estados Unidos y no lo hacemos porque no dominamos la lengua inglesa, lo cual resulta bastante ilógico; muchos estamos muy contentos y felices de ser latinoamericanos y de vivir en estos países de habla castellana, siendo muy probable que para muchos médicos sería preferible aprender las lenguas locales que las extranjeras.

La segunda razón señalada en la encuesta fué "oportunidades locales". Eso puede resumir el éxito del médico en el medio en que vive, o por lo menos la conformidad con el trabajo y el status alcanzado.

¿De dónde provino la preparación del médico para tener éxito? ¿De la Facultad de Medicina? ¿Del aprendizaje en el medio familiar? ¿De las relaciones sociales? Es un punto de importancia ya que puede señalar los caminos para preparar mejor a los estudiantes que de otra forma estarían destinados a emigrar al graduarse.

La tercera razón apuntada es la de salarios adecuados y aunque se hace la salvedad de "no iguales a los Estados Unidos", muestra que una persona que tiene éxito económico en su país es menos probable que migre. La investigación deberá continuarse a nuestro juicio para determinar qué es lo que hizo al médico tener éxito.

Tampoco comentaremos las otras razones encontradas como inhibitorias de migración, dado el objetivo concreto del presente trabajo.

#### e) Inadecuada distribución del trabajo.

En el estudio "consideraciones económicas sobre el médico centroamericano" (véase bibliografía al final), se mostraba como en un país de Mesoamérica había gran discrepancia en el trabajo de los médicos. Mientras algunos tenían comprometida solamente una hora de trabajo diario en una institución, había otros que tenían las 24 horas del día comprometidas, y en un caso se encontró que el compromiso era de 35 horas diarias, sin incluir el ejercicio privado de la profesión.

Que existe injusticia, o inadecuada legislación y supervisión del ejercicio de la medicina en muchos países de América Latina, no puede negarse, pero son fallas que tienen remedio y son los mismos médicos y las Facultades de Medicina los llamados a buscarlo. De todas formas es preferible que un médico se defienda inadecuadamente dentro de su propio país, a que emigre por falta de oportunidades. Los males de la migración son mayores que los de la deficiencia en la legislación local.

#### 4. Objetivos y éxito de la sociedad.

El médico existe porque la sociedad enferme y muere. Ella necesita de cierta calidad y cantidad de médicos, y por eso destina fondos para su preparación, delegando este financiamiento a la Universidad.

#### Cantidad de médicos que la sociedad necesita.

De acuerdo a muchos factores se puede señalar la proporción adecuada de médicos para la población; aunque pueda discutirse, esa proporción ha sido aceptada alrededor de un médico por cada mil habitantes, de forma que el faltante puede ser calculado con aproximación. El cuadro número 1, muestra la proporción de médicos por 10,000 habitantes en los países latinoamericanos, de forma que cada país puede saber el número que necesita formar, y el futuro de acuerdo al crecimiento demográfico.



Al observar el enorme faltante de médicos en América Latina; cerca de 150,000 para las necesidades actuales, surge nuevamente el problema de la migración; ¿conviene a la sociedad invertir fondos en preparar profesionales que luego marchan al extranjero? ¿O sería preferible que se ocupara no solo de formarlos sino de lograr que se queden produciendo para ella?

De acuerdo con el número que falta, y a lo que cuesta la formación de cada médico, la Facultad de Medicina y la Universidad pueden informar a la sociedad sobre la cantidad de fondos necesarios para satisfacer sus necesidades en el futuro.

### Calidad de médicos que la sociedad necesita.

Cuando la sociedad estaba organizada en feudo, el señor contaba entre sus servidores al cirujano y al médico, quienes contaban con la seguridad de techo, alimentos y manutención mientras fueran eficientes para él. La sociedad capitalista desde un principio orientó al médico hacia la profesión liberal y dentro de ella se movió con los límites de la libre competencia y la ética heredada de la época de Hammurabi y de la organización de los gremios.

Pero la sociedad capitalista primaria evolucionó y se organizó para la satisfacción de sus necesidades básicas, dentro de las cuales estaban los servicios. Se socializaron éstos paulatinamente y bajo diversas formas pasaron a la administración nacional o descentralizada, los transportes, la energía eléctrica, los recursos del subsuelo, las comunicaciones, los servicios médicos. En casi todos esos servicios se ofreció trabajo seguro a personal que antes estaba en problemas económicos y sociales y que pasó a ocupar un lugar remunerado y con prestaciones progresivas que le trajeron bienestar.

Con el médico fué diferente; estaba ya en un lugar satisfactorio y se le pedía colaborara en un cambio que si bien beneficiaba a grandes sectores populares, representaba para él una baja paulatina en la escala social y una baja en sus ingresos económicos. Esto era al menos, lo que el médico veía en la socialización de la medicina.

La oposición a la socialización ha tenido diversas manifestaciones, que van desde la huelga colectiva, hasta la migración individual. El médico no estaba preparado para el cambio y en vez de acogerlo como gremio y situarse a la vanguardia de la evolución social, se convirtió en frontal o callado enemigo del régimen. La situación ha cambiado y continúa cambiando, pero la migración persiste y es un termómetro de la falta de éxito del médico. No se trata de encontrar culpabilidades y de señalar que el médico no tiene "sensibilidad social", no se trata de decir tampoco que el médico tiene la razón. Señalamos un hecho concreto que merece estudio y solución, ya que cualquiera que sea el régimen de administración de la medicina, a la sociedad no le conviene que sus médicos se vayan a otro país.

Falta por señalar los países que no solo han socializado la medicina, sino que partieron de la socialización de los medios de producción. Allí se espera que el médico se incorpore a un régimen que

integralmente está socializado y su meta básica debe ser el participar en la construcción de una nueva sociedad, trabajando en el ramo de la salud; es un trabajador de la salud, no un profesional liberal de la medicina.

En cualesquiera de estas sociedades, feudal, capitalista, neocapitalista o socialista, el médico que tiene éxito integral colabora, trabaja y se queda en su país; si fracasa, es un enemigo de la organización social, se somete o emigra.

Ahora bien, si la sociedad evoluciona y cambia su estructura económica y las relaciones de trabajo, a quién corresponde preparar a las personas que recibirán el cambio? ¿a la organización política de gobierno? ¿a los centros docentes? ¿a cada individuo?

A quien quiera que corresponda, tanto mejor si a través de más medios y con mayor efectividad, la preparación es alcanzada por todos los miembros de la sociedad y el cambio se efectúa con la colaboración de la mayoría. Si todos los miembros de la sociedad tienen éxito, la sociedad tiene éxito.

Los cuadros que hemos mostrado antes, y la argumentación que respalda la afirmativa de que una proporción de médicos latinoamericanos no tiene éxito y de que las Facultades de Medicina de Latinoamérica no tienen éxito completo, sirven para respaldar también la afirmación de que las sociedades latinoamericanas, en su relación con el médico, tampoco están teniendo éxito completo.

#### V. TESIS: EL EXITO DEL MEDICO CONVIENE AL MEDICO, A LA FACULTAD DE MEDICINA Y A LA SOCIEDAD.

##### 1. Concepto de éxito del médico.

Proponemos que se entienda como tal, a la "satisfacción de sus necesidades profesionales, físicas, mentales, sociales, gremiales, económicas, académicas, familiares y filosóficas".

Un concepto tan amplio puede asimilarse a la felicidad pues aquel que tenga todas esas necesidades satisfechas no le falta nada para ser feliz. Eso tiene la desventaja de plantear una meta que muchos pueden calificar de utópica, pero también la Organización Mundial de la Salud señala como meta "el estado de completo bienestar físico, mental y social" y "sensu latu", eso también es felicidad.

Exito completo es difícil alcanzar, salud completa, tranquilidad completa, felicidad, también son difíciles de alcanzar, pero se ponen como metas hacia las cuales dirigimos nuestros esfuerzos.

##### a) Ese éxito conviene al médico.

Poco habrá que argumentar para convencer a un médico que le conviene tener ese éxito. Tal vez lo que si vale la pena añadir es que

conforme la sociedad cambia, geográfica e históricamente, los conceptos pueden variar y la escala de valores puede integrarse en forma distinta. El médico debe estar preparado para situarse en el lugar adecuado de la sociedad y en el sitio oportuno para propiciar y no solo adaptarse a la evolución social.

b) El éxito del médico conviene a la Facultad de Medicina.

Si el médico tiene éxito:

1. La Facultad logra que se quede en su país.
2. Logra que vaya a los sitios donde es más necesario.
3. A través de él, la Facultad está colaborando en la solución de los problemas nacionales de salud.
4. Si el médico siente que la Facultad lo ha capacitado, estará en deuda de gratitud con ella y será colaborador eficiente en todos los campos.
5. El médico funcionario agradecido colaborará más porque mejoren las finanzas de la Facultad.
6. Los poderes del Estado aumentarán su interés en financiar una institución que realmente le ayuda a solucionar problemas nacionales.
7. La Universidad canalizará su extensión universitaria a través de una Facultad eficiente.
8. El gremio médico, integrado con asociados de éxito, tiene fuerza y colabora con la Facultad.
9. Sabiendo que está recibiendo una formación adecuada y eficaz, el estudiantado de medicina se interesará mucho más en las actividades de la facultad.
10. Aumenta el prestigio de la Facultad de Medicina.
11. Aumentan los recursos de la Facultad.
12. Aumenta la productividad de la Facultad, su eficiencia, actividad creadora y aporte al progreso nacional.

c) El éxito del médico conviene a la sociedad.

1. Si tiene éxito en cualquier sitio del país, todos los sitios del país tendrán médico.
2. Si llegara a tener "excesivo" éxito económico, el médico funcionaría dentro de otros terrenos de la actividad industrial e incluso comercial. Más que daño, eso le haría bien a la sociedad en su progreso integral. En última

instancia todo exceso es controlable por la misma sociedad.

3. La imagen del médico con éxito hará que más jóvenes quieran estudiar medicina.
4. Aumentará el número de médicos y su distribución en el país será adecuada.
5. El médico con "éxito excesivo" en el campo social, pasa a ser líder social. Eso beneficia a la sociedad pues si el líder es capaz, la orientará por caminos adecuados en los diferentes campos que aborde.
6. Entre mayor sea el éxito del médico, mayor será la cantidad que habrá en el futuro, el riesgo de plétora no depende de la cantidad sino de la adecuada distribución.
7. La calidad adecuada del médico en función de la sociedad en que vive, asegura su adecuada distribución y el consiguiente beneficio para la misma.
8. Las sociedades más evolucionadas, tanto dentro del campo capitalista como socialista tienen el mayor número de médicos en función de los habitantes.
9. Resulta difícil encontrar inconvenientes que la sociedad pueda sufrir si el médico tiene éxito.
10. Por el contrario, resulta fácil encontrar los inconvenientes de su fracaso, fundamentalmente mala atención a los pacientes, oposición a innovaciones en la organización social, migración.

En resumen, salvo la posibilidad de que el médico con éxito se convierta en un poseedor exagerado de la riqueza, no vemos argumentación en contra para que se impulse el éxito del médico. En la actualidad los poseedores principales de la riqueza no son los médicos, pero si lo fueran es improbable que la situación empeoraría; en todo caso su formación integral humanista le impulsaría a tener una actitud más positiva hacia la sociedad en general.

Estamos señalando casos extremos y por tanto muy difíciles de ocurrir, pero es con el fin de adelantarnos a la argumentación que pueda presentarse en contra de la búsqueda del éxito del médico.

El otro campo donde el médico puede salir de su actividad puramente profesional, es el social y político. En América Latina hay desde años atrás, un cierto número de médicos que han desarrollado otras actividades: educadores, funcionarios internacionales, diputados, senadores, presidentes, dirigentes políticos en general. Aunque no conocemos ningún estudio de la labor realizada por el médico en la política latinoamericana, los nombres que inicialmente vienen a la mente

son de personas que han contribuido positivamente al adelanto de su país, y han propiciado reformas de beneficio colectivo. A reserva de un análisis más detenido en este aspecto, diríamos que a la sociedad le hace bien que el médico se interese en los problemas sociales y participe en su solución cualquiera sea el sitio que escoja para hacerlo. Lo que la sociedad pierde con un médico que deja la profesión, lo gana con creces con la actividad que en otros campos desarrolla.

## VI. PONENCIA.

### LA VI CONFERENCIA DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA DE AMERICA LATINA.

#### CONSIDERANDO

I.- Que dentro de los objetivos de la Facultad de Medicina está el formar médicos que colaboren en la solución de los problemas nacionales de salud, y que eso se logrará mejor entre más capacitado esté el médico.

II.- Que una de las medidas de la capacidad del médico es el éxito que profesional e integralmente tiene en la sociedad en que trabaja.

III.- Que el éxito del médico proporciona beneficios no solo a él mismo, sino a la Facultad de Medicina y a la sociedad.

IV.- Que los riesgos de un excesivo éxito del médico son mínimos y remotos, y en todo caso mucho menores que los riesgos de su fracaso.

V.- Que la Facultad de Medicina desea impulsar todas las innovaciones que impliquen avance para la docencia médica y promuevan el desarrollo de la universidad y de la nación.

#### ACUERDA

1o.- Señalar el éxito integral del médico como uno de los objetivos que debe propiciar la Facultad (Escuela) de Medicina de América Latina.

2o.- Definir el éxito integral del médico como "la satisfacción de sus necesidades profesionales, físicas, mentales y sociales, económicas, gremiales, universitarias, familiares y filosóficas, aplicadas en beneficio no solamente de su persona y de su familia, sino de la sociedad en que vive.

3o.- Recomendar a las Facultades (Escuelas) de Medicina, que inicien estudios tendientes a alcanzar el objetivo señalado. Para ello se recomienda el intercambio permanente de información entre las Facultades y Escuelas, con el fin de facilitarse mutuamente experiencias e iniciativas.

4o.- Solicitar a la Secretaría General de la Unión de Universidades de América Latina, su colaboración para el logro de estos objetivos.

5o.- Establecer en una oficina que funcione como Secretaría, un centro de información e intercambio para las Facultades y Escuelas de Medicina. Las funciones de esta Secretaría, en relación al objetivo de este acuerdo serán:

a) Proponer estudios que puedan realizarse en forma paralela en los países de América Latina, en relación al éxito integral del médico.

b) Estudiar el efecto que ha tenido la participación del médico latinoamericano en campos distintos a su profesión, y la utilidad práctica que esa participación ha tenido para los países latinoamericanos.

c) Mantener información entre las Facultades y Escuelas de Medicina, sobre asuntos relacionados con el éxito del médico.

d) Proponer métodos prácticos para que las Facultades y Escuelas de Medicina preparen al estudiante para que tenga mejores probabilidades de éxito integral en su futuro.

e) Establecer contacto y colaboración con las organizaciones médicas latinoamericanas, con el fin de facilitar la llegada al objetivo.

f) Establecer contacto y cooperación con las instituciones de Seguridad Social de América Latina, con el fin de interesarlas en la búsqueda del éxito del médico.

g) Establecer contacto y colaboración con los Ministerios y Secretarías de Salubridad de América Latina, con el fin de interesarlos en la búsqueda del éxito del médico.

h) Establecer contacto y colaboración con organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura, la Comisión Económica para la América Latina, la Organización de Estados Americanos y otras que puedan colaborar en el logro del objetivo señalado.

i) Mantener estrecha vinculación con la Secretaría General de la Unión de Universidades de América Latina para que el trabajo se realice siempre dentro del marco universitario de la calidad del médico.

j) La determinación del sitio, el nombramiento del personal y la reglamentación interna de esta Secretaría, se regirá por los mismos lineamientos de la Unión de Universidades de América Latina.

k) Para las próximas Conferencias de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, esta oficina preparará un informe sobre las actividades y logros realizados, y propondrá caminos que aumenten el rendimiento de las Conferencias y el logro de objetivos.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Las condiciones de salud en las Américas, 1961-1964. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, núm. 138, Agosto, 1966.
2. Migration of Health Personnel, Scientist, and engineers from Latin American, Pan American Health Organization, Scientific Publication No. 142.  
Reporte preparado por el Dr. Charles V. Kidd, para el Subcomité de Migración del Comité Asesor en Investigación Médica de la Organización Panamericana de la Salud, Segunda Impresión, julio 1967.
3. Condiciones económicas sobre el médico centroamericano, Andrade G., Collado R., Angel O., Soto A., Boletín de la Dirección General de Sanidad Pública, Guatemala, 1961.
4. Los problemas nacionales de salud como base para la formación del médico centroamericano, Collado R., Angel O., Andrade G., Soto A., Congreso Médico Centroamericano, San José de Costa Rica, 1962.
5. Gran Diccionario de Sinónimos Castellanos, Joaquín Gil, Buenos Aires, 1950.
6. Diccionario Enciclopédico Psiqué, Bela Szekely. Editorial Claridad, 4a. edición, Buenos Aires, 1966.



COMENTARIO A LAS PONENCIAS DEL TEMA "PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS PARA LA PROMOCION POR LAS ESCUELAS DE MEDICINA, DEL EXITO PROFESIONAL DEL MEDICO EN AMERICA LATINA.

Dr. Mario M. Chaves,  
Director Asociado de la FEPAFEM

Inicialmente quiero agradecer a los Organizadores de la Conferencia por la invitación para comentar los magníficos trabajos de los Doctores Ordoñez Plaja y Collado. En realidad los trabajos fueron tan completos que casi no me resta otra cosa sino felicitarlos por el enfoque que le han dado al tema. Confieso que de inicio, cuando supe del título de la ponencia, pensé que íbamos a concentrar nuestra atención principalmente sobre el aspecto socio-económico del ejercicio profesional. Tuve la agradable sorpresa, al leer los trabajos, de constatar que en ambas ponencias se considera el éxito profesional como asentado sobre una trípode: médico, facultad de medicina y sociedad.

Esta concepción amplia del éxito profesional tiene un elevado contenido ético. El Dr. Collado identifica el éxito profesional con el alcance de varias metas individuales cuya suma significa en realidad, una plena realización del médico como un individuo y como un profesional plenamente actuante en una sociedad. El mismo cree que su concepción de éxito es sinónimo de felicidad. No he podido dejar de pensar que esta concepción del éxito exige, de la parte de los sistemas de salud, una creación de condiciones tales para el trabajo del médico, del punto de vista de satisfacción personal, que le permita ejecutarlo como una actividad de juego, de placer, tal como nos habla Marcuse en su obra "Eros y Civilización" en su antevisión de un mundo de abundancia y de una civilización no represiva.

Hoy por hoy, quedó muy claro que para el éxito profesional se hace indispensable una íntima armonía entre educación médica y el sistema de salud, en flujo constante de información a las facultades de medicina sobre las necesidades cuantitativas y cualitativas de médicos en las diversas regiones del país. A partir de esas necesidades globales del país, formulará la facultad de medicina los objetivos operacionales, y su definición del comportamiento terminal del egresado. Tales objetivos y definición estarán bajo análisis constante para reformulaciones que se hagan necesarias.

En la forma como se planteó el problema de la mala distribución quedó transparente la necesidad de considerar la educación médica como el eterno "continuum", en que educación de pre-grado, educación continuada y de postgrado son fases de un mismo proceso, configurando el médico como el eterno estudiante. Para la penetración del médico hacia la periferia parece indispensable que él funcione en un sistema, con iguales oportunidades de progreso profesional, como los especialistas de los centros mayores. En Chile, donde hay un extenso y bien organizado Servicio Nacional de Salud se discutió mucho, en un "Seminario de Formación Profesional Médica" que se realizó en Santiago en junio de este año, el problema de la fijación del médico a las pequeñas

comunidades del interior del país. Se han creado puestos de "Médicos generales de zona", a los cuales acuden jóvenes egresados en las etapas iniciales de la carrera, estimulados por el ofrecimiento de incentivos de varios tipos. Se sigue estudiando la forma de obtener un máximo rendimiento del sistema y una mayor permanencia del médico en las comunidades en forma que atienda tanto a sus intereses personales como de la comunidad.

En el Seminario de Santiago, han participado representantes de las facultades, de los servicios de salud y del Colegio Médico. Indiscutiblemente el perfeccionamiento continuo del sistema de prestación de servicios de salud sólo puede resultar de un trabajo armónico de los tres grupos de instituciones antes mencionadas. De ese trabajo armónico resultarán planes de estudios en las facultades de medicina capaces de producir un médico ajustado a su ambiente, y por consiguiente capaz de alcanzar el éxito en forma amplia: en su vida profesional y en su vida particular. Es por esa razón que el Dr. Ordoñez Plaja termina en forma tan brillante su ponencia al decir: "Si las facultades de medicina quieren realmente garantizar el éxito de sus egresados, deben tomar una posición de autocrítica que parte de la premisa de que el éxito de sus alumnos es su éxito y que la recíproca es igualmente válida, aunque menos fácil de aceptar". No se podría decir más en tan pocas palabras.

En conclusión, parece que la dimensión del éxito se basa en un equilibrio entre expectativas individuales y sociales y posibilidades de los médicos y servicios de salud dentro del techo económico que limita sus acciones. Para que no ponga el egresado sus expectativas muy por encima de la realidad nacional, se hace necesaria una inclusión entre los objetivos afectivos de la educación médica, la creación de una jerarquía de valores que permita al estudiante la construcción de una filosofía de vida plena y realista, imbuida de ideales humanísticos.

Guatemala, septiembre de 1969.

## INFORME UNIFICADO DEL TEMA I.

### Definición de éxito profesional.

El éxito del médico es un hecho difícil de definir. Debe ser medido no solo en base de la satisfacción de sus inquietudes personales, intelectuales, sociales y materiales, sino principalmente debe medirse en base de su aporte a la solución de los problemas de la sociedad en la que vive.

En relación al éxito del médico, tres grupos opinaron que la formación profesional debe planificarse de acuerdo con las necesidades de asistencia médica del país o región. De ello se deriva la necesidad de definir la política de formación del personal que debe formar el equipo de salud, (número y tipo) de común acuerdo entre las facultades de medicina y los servicios de salud, siendo responsabilidad exclusiva e irrenunciable de las escuelas, la manera de formarlos.

Dos grupos opinaron que es atribución de las escuelas de medicina, participar en los niveles de decisión de la política de salud de los países.

Durante la elaboración del relato unificado fué evidente que cuatro de los grupos siguieron un camino de discusión similar; otro grupo siguió un camino diferente, enfocando el tema del éxito profesional preferentemente en cuanto al concepto filosófico y teórico del mismo. El grupo de relatores prefirió presentar a la general en forma íntegra el relato de este grupo:

"A falta de una guía de discusión sobre el Tema I, el grupo analizó en primer término, el significado de la expresión "éxito profesional", y a continuación los procedimientos que las facultades de medicina pueden poner en práctica para promover este éxito."

El grupo se propuso y logró redefinir el problema que nos ocupa entendiéndose en términos de que lo que se persigue es tratar de enumerar, jerarquizar y organizar los factores que promueven o perturban, es decir, que favorecen o distorsionan el cumplimiento integral de las metas del ejercicio profesional.

El grupo advierte que la conceptualización de éxito, tal como ha sido desarrollada en las ponencias, conlleva una axiología y una ética cuya aceptación es discutible.

El marco referencial que el grupo propone: "metas integrales de ejercicio profesional" no implica una ética de adaptación y de éxito, sino la coherencia de su conducta y actuación profesional a una concepción de valores, apta para responder a las expectativas de su función social.

El éxito, entendido como cumplimiento integral de las metas del ejercicio profesional, es un concepto dinámico. No señala nece-

sariamente el cumplimiento global de una tarea, sino el logro progresivo de metas sucesivas.

El grupo estimó que el término éxito, no se confunde necesariamente con "satisfacción" (o logro de necesidades personales), ya que aún cuando el profesional desempeña una labor considerada como exitosa, personalmente puede ser un insatisfecho. En esta insatisfacción reside su capacidad como agente de cambio social. El grupo entendió que la calificación del éxito profesional debe considerarse bajo diversos aspectos:

a) El aspecto individual del médico: la satisfacción de las necesidades personales que no deben estar en contradicción con la concepción de valores de la sociedad a que pertenece;

b) El aspecto social: el juicio que el grupo social se forme sobre la acción del médico, estará condicionado por los patrones culturales del grupo en el ambiente local, o los valores filosóficos que inspiren la organización social en un sentido más amplio. En la medida que el médico sea un agente de cambio, el éxito, entendido como el logro de las metas que se haya fijado, puede no ir acompañado de un mayor prestigio social. En la medida que él se adapte al grupo social en una actitud conformista, tendiente a mantenerse en el status quo, podrá tener mayor prestigio ante grupo su éxito profesional será menor o inexistente;

c) El cumplimiento integral de las metas del ejercicio profesional está condicionado por el medio institucional, en el cual ejerce. En este aspecto, las posibilidades de realizarse profesionalmente, dependerán de los recursos que se pongan a su disposición, destacándose la colaboración del equipo de salud. El éxito se medirá desde el punto de vista de la institución bajo el aspecto de su productividad.

Al considerar el marco institucional, el grupo consideró indispensable asignar los roles respectivos que corresponden a diferentes instituciones responsables de la salud. El grupo entiende que para definir "el cumplimiento integral de las metas profesionales", no es suficiente establecer las expectativas o realidades del médico y de la escuela de medicina. Debe tomarse en cuenta la interacción o condicionamiento recíproco entre el ejercicio profesional y la estructura sociopolítica del país. Por tanto, es necesario desarrollar estudios sobre necesidades de recursos de salud que refieran este problema a un sistema dinámico que incluye los aspectos señalados.

El éxito o fracaso del profesional médico, principia a forjarse desde el inicio de su carrera. Por lo mismo, el estudiante que ingresa a una Facultad de Medicina, debe ser idóneo y calificado, aunque todos estamos conscientes de que, los métodos que en la actualidad se utilizan para la calificación o selección de estudiantes, adolecen de defectos.

Tratando de cooperar al éxito profesional del médico, la docencia en las escuelas de medicina debe ser orientada hacia la práctica integral de la profesión, por medio de un equipo multidisciplinario, el equipo de salud. Es necesario formar al estudiante en base a una motivación apropiada, de acuerdo a sus posibilidades, a las necesidades de salud de su país, y con una sólida preparación científica que le permita el perfeccionamiento continuo que le permita adecuarse a esta situación siempre cambiante. Para este fin, las escuelas de medicina, deben preocuparse por la actualización de sus curricula. Dos grupos opinaron sobre la conveniencia de limitar el ingreso de estudiantes, el que deberá estar en relación con la capacidad y las posibilidades de cada facultad.

Es atribución de las escuelas de medicina, propiciar la formación del docente médico y en este sentido, deberían promover el establecimiento de instituciones regionales en donde sea posible la formación de dicho personal técnico.

El grupo opinó que uno de los aspectos importantes de considerar, al analizar el éxito profesional del médico, es su permanencia en el país de origen. Al analizar las acciones que competen a las facultades de medicina para evitar el éxodo de médicos, el grupo estimó que es esencial inculcar a los estudiantes, un ideal de servicio a la patria que los educó. Otros factores coadyuvantes dependen de las condiciones de trabajo que las instituciones asistenciales les proporcionan.

## EL FINANCIAMIENTO DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA EN LA AMERICA LATINA

Documento preparado por el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Dr. Ramón Villarreal.

### INTRODUCCION

Para esta presentación tomaremos como marco de referencia la función de la Universidad en el proceso de desarrollo económico y social y el papel de las instituciones de educación médica en el mismo.

El desarrollo económico y social implica un proceso que en términos amplificados, tiene como fin lograr la elevación del nivel de vida de los grupos mayoritarios de la población en los países. La meta de un nivel de vida alto, presupone la existencia de ciertas condiciones humanas y materiales que se denominan infraestructura económica. La infraestructura económica susceptible de servir de base al desarrollo requiere de recursos humanos capaces de disponer y manejar los recursos materiales.

La situación ha cambiado en la América Latina desde la época en que la producción de recursos humanos estaba exclusivamente determinada por las leyes de la oferta y la demanda, orientadas por los grupos minoritarios con poder de compra. En la actualidad, la meta es desarrollar recursos humanos para satisfacer la demanda de los grupos mayoritarios con acceso limitado a los bienes y servicios; la producción racional de aquellos exige la determinación previa, cuantitativa, cualitativa, de necesidades. Por otra parte, la formación de los recursos humanos requiere del financiamiento de las instituciones educativas, que dentro del contexto de inversiones para el desarrollo, es un problema de asignación de recursos.

En todos los países de América Latina la responsabilidad básica de la enseñanza superior ha radicado, tradicionalmente, en instituciones de carácter oficial, organizadas o tuteladas por los poderes públicos de nivel nacional, estatal, provincial o local. (1) Así

(1) Banco Interamericano de Desarrollo, Progreso Socio-Económico en América Latina, Fondo Fiduciario de Progreso Social, Séptimo Informe Anual, 1967, p. 346.



se observa que en 1965-66 (Gráfico 1 y 2), del total de 228 institutos de educación superior, sólo 75 eran privados y, de éstos, 48 fueron creados después de 1950. En la matrícula total de alumnos, los institutos privados representan solamente el 19%. Sin embargo, las universidades en América Latina no han tenido lugar preferencial en la distribución de los recursos fiscales.

En forma breve podemos reconocer que existe la tendencia de los estados a asimilar los costos de la educación superior y a proporcionarla de manera gratuita a todos los sectores de la población. Esta situación, a pesar de la bondad de la filosofía que la orienta, crea ciertos problemas en su ajuste a la realidad histórica, económica y demográfica.

Las instituciones de educación superior proporcionan oportunidades para el ascenso social, así como para la consolidación de la posición social por medio de los títulos universitarios. En esta situación el incremento demográfico acelerado, junto con la rápida expansión de las oportunidades educativas a nivel medio, unidos a las expectativas crecientes de ascenso social, dan como resultante una demanda superior a la capacidad de admisión de los institutos de enseñanza superior. Por otro lado, el costo de la educación, sufre un incremento continuo que no siempre se compensa con el incremento de los recursos financieros.

La disyuntiva que se plantea a las instituciones de educación superior es, pueden seguir soportando el aumento de la demanda sin un aumento correlativo en el financiamiento? Es racional, en el presente momento histórico y social, invertir en la formación de recursos humanos basándose en la libre demanda, o existen otras formas de orientar la inversión económica? Debe la educación seguir siendo gratuita indiscriminadamente del origen socio-económico de los estudiantes? Deberán seguir siendo los recursos fiscales la única fuente de financiamiento? Es posible considerar que el pago de matrículas por los estudiantes y las aportaciones financieras del sector privado puedan resolver el problema de la educación superior y en qué grado? Considerando que la educación es una inversión para el desarrollo, en qué grado es posible que el Estaso se substraiga de las obligaciones financieras que éste conlleva? En la solución de este tipo de interrogantes radica gran parte de las posibilidades de un desarrollo racional de los recursos humanos necesarios para acelerar el proceso de desarrollo económico y social en la América Latina.

En el caso particular de la educación médica se hace necesario plantear algunos otros interrogantes; deben las escuelas de medicina asumir la obligación de financiar las facilidades asistenciales utilizadas en la enseñanza clínica, o por el contrario, hacer uso de servicios administrados y financiados por organismos específicamente diseñados para prestar atención médica?, y deben las escuelas de medicina financiar programas de investigación con objetivos diferentes a los puramente docentes o, solo financiar aquellos que van a servir para

mantener su personal docente en un nivel científico adecuado para la enseñanza? hasta qué punto y en qué áreas puede rendir beneficios, con un mínimo de problemas, el financiamiento externo?, hasta qué punto es posible usar los recursos de otras instituciones que más tarde van a emplear el personal formado en las escuelas de medicina?

La planeación del financiamiento y uso adecuado de los recursos por parte de una escuela de medicina determinada, solo puede hacerse sobre base firme, si se parte del conocimiento de sus recursos financieros y del uso que se da a éstos. Un estudio de esa naturaleza deberá ser llevado a cabo por cada institución en particular. Sin embargo, consideramos conveniente una visión más general del problema mediante un estudio global y comparativo de la situación en el conjunto de escuelas de medicina de la América Latina.

#### MATERIAL, METODO Y DEFINICIONES.

La Organización Panamericana de la Salud, a través de su Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos y utilizando el procedimiento de las encuestas, ha llevado a cabo una investigación sobre las escuelas de medicina de la América Latina, y, en particular, sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva. Dentro del cuestionario correspondiente a las escuelas de medicina en general, se incluyó una sección relativa a presupuesto. La información así obtenida, será que se use en el desarrollo del presente estudio. El nivel de la información no tiene la misma profundidad y exactitud que hubiera tenido si la encuesta hubiese estado dirigida de manera específica a estudiar el problema del financiamiento; de todos modos, proporciona una información general a este respecto y permite emitir algunos comentarios en relación con posibles estudios ulteriores, que nos permite visualizar el problema del financiamiento de las escuelas de medicina en una forma global, que puede servir de punto de partida para investigaciones posteriores de mayor profundidad.

La investigación se desarrolló durante los años de 1967 y 1968. Incluyó las 135 escuelas de medicina existentes hasta el año de 1967 en 21 países de América Latina.

La información fué recogida mediante un cuestionario diseñado con la intención de buscar el máximo de comparabilidad entre la información tan diversa que existe en las escuelas de medicina. Cada escuela fue visitada personalmente por los colaboradores de la investigación en cada país. Como se señaló anteriormente, el estudio pretendía explorar aspectos generales de la organización y funcionamiento de las escuelas de medicina y, en particular, de la organización y contenido de la enseñanza de la medicina preventiva y social. Se tomó como unidad de análisis la escuela de medicina y a los fines de esta presentación hemos tomado los datos obtenidos de aquellas escuelas de medicina que en 1967 graduaban médicos y en las cuales fué posible obtener información más o menos completa sobre presupuestos.



entre el número de alumnos inscrito en las escuelas durante el mismo año. La adición del 10% de las inversiones se ha hecho para incorporar al costo anual por alumno la depreciación de los bienes materiales adquiridos durante ese año, partiendo del criterio de que los mismos, sufren una desvalorización total en un período de 10 años.

## RESULTADOS.

De las 135 escuelas existentes el año de 1967 en 21 países de América Latina, 100 tenían la carrera médica completa y graduaban alumnos. De estas 100 escuelas, solamente de 72 (53.3%) se logra obtener información útil con respecto al presupuesto.

El Cuadro No. 1 nos muestra que del total de 135 escuelas, 66, o sea el 48.8% dependen de los gobiernos nacionales y 31 (23.0%), de los gobiernos departamentales, provinciales, estatales o municipales. Ocho escuelas (6.0%), mantienen dependencia de instituciones religiosas, en tanto que otras 30 (22.2%), son privadas laicas. Esto arroja un total de 97 escuelas (71.8%) de carácter público y 38 (28.2%) de carácter privado. Esta distinción no necesariamente presupone que el segundo grupo (escuelas privadas) no participan de fondos fiscales para su financiamiento. Si bien no fue posible obtener información adecuada acerca de la proporción en la cual los fondos fiscales participan en el presupuesto de escuelas privadas, no cabe duda de que en la mayoría de los casos éstas reciben importantes subvenciones estatales.

En el mismo Cuadro No. 1 se destaca el hecho de que el número de las escuelas privadas no religiosas de las cuales se obtuvo información suficiente como para incluirlas en el análisis comparativo, es muy pequeño (2.7%), si se toma en cuenta que ese mismo grupo constituye el 22.2% de las 135 escuelas comprendidas en el estudio total. Esto pudiera ser un índice o bien de poco deseo de colaborar en el estudio, o, más probablemente, imposibilidad de proveer la información por inadecuados registros contables.

En el Cuadro No. 2 se presenta la distribución de las escuelas de medicina de acuerdo con la fuente principal de financiamiento y por países.

Las 72 escuelas de 17 países de América Latina, tuvieron en 1967 un gasto directo de 59,425,705.80 dólares. Esta cantidad se dividió en gastos operacionales alcanzado el 85.7% de esta cifra; e inversiones que representaron el 14.3% (ver Cuadro No. 3).

En los gastos operacionales, el renglón que incluye el 88.7% de los presupuestos está representado por personal (ver cuadro No. 4).

El costo anual por alumno, calculado en la forma descrita fue en promedio para las 72 escuelas, 1,340.21 dólares, siendo el más elevado el de las Indias Occidentales con 3,667.84 dólares y el más bajo el de Bolivia con 125.00 dólares (ver Cuadro No. 5).

## DISCUSION.

La información existente, tanto en los organismos internacionales como la obtenida directamente en la encuesta de la OPS, nos permite afirmar que en su gran mayoría las universidades e institutos de enseñanza superior en América Latina, tienen como fuente principal de financiamiento los recursos fiscales recaudados por los gobiernos.

A pesar de las dificultades metodológicas para obtener la información y de que la investigación no tenía como centro el financiamiento, podemos tener una información preliminar de carácter general que nos permite ver la forma en que las escuelas distribuyen sus gastos, y hacer un análisis somero del costo que puede servir de punto de partida para un conocimiento más profundo de la realidad financiera de las escuelas de medicina.

Es relevante el hecho de que la porción mayor del presupuesto se dedica al pago de personal. Esto es cierto para todas las escuelas independientemente del número de profesores a tiempo completo con que cuentan. En lo referente a los gastos de materiales de consumo, deberá tenerse en cuenta que las diferencias encontradas entre escuelas pudieran ser debidas al hecho de que algunas escuelas adquieren durante un año materiales de consumo para un período mayor.

También es evidente que algunos países presentaron durante 1967 una gran inversión en construcción, en tanto que en otro la inversión fue solo en material permanente.

En el área de gastos sería conveniente en una etapa posterior investigar con mayor profundidad:

- a) La participación proporcional de las escuelas de medicina en los gastos generales de las universidades o institutos a que pertenecen.
- b) Otras fuentes de financiamiento fuera del presupuesto regular y el tipo de gastos que cubren.
- c) Depurar en una forma más explícita los gastos que corresponden a asistencia médica y a investigación.

Una de las formas más expeditas de realizar lo anterior, sería la de implantar en las escuelas médicas el uso de presupuestos por programas. De esta forma se podría mejorar el conocimiento sobre el gasto en educación médica.

El problema de investigar el costo es más complejo, ya que requeriría el uso de criterios y definiciones comunes para obtener

información sobre las erogaciones de años anteriores. Esto permitiría obtener información comparable, que combinada con la información relativa a la duración media de la carrera, la deserción y la irregularidad en los varios cursos escolares, daría la posibilidad de calcular el costo por graduado.

El costo por graduado daría una medida precisa de la eficiencia de las escuelas y permitiría proyecciones del costo de educación médica. Por ahora, con la información disponible, tenemos que conformarnos con obtener la medida relativa, que es el costo anual por alumno. Esto nos permite hacer grupos de países con costo alto, medio y bajo. Los países con costo anual por alumno alto, son aquellos cuyas escuelas de medicina tienen los porcentajes inferiores al 25% de personal ocupado a menos de medio tiempo. Por el contrario, los países con los porcentajes superiores al 75% de personal ocupado a menos de medio tiempo registran los costos anuales por alumno más bajos.

Surge de inmediato la necesidad de determinar cuál es la relación entre la dedicación del personal docente y la calidad del profesional formado y, consecuentemente, la relación de éste último con el costo por alumno.

La investigación en esta área de la educación médica ofrece posibilidades de obtener información que brindaría resultados valiosos para el mejoramiento administrativo de las escuelas, para la planeación y la asignación racional de recursos, y para la evaluación de la eficiencia de la escuela.

En estos momentos en que las escuelas de medicina comienzan a fundar departamento específicos para la investigación en educación médica, surge la posibilidad de tomar en conjunto una investigación de este tipo y desarrollar una metodología de estudio común.

CUADRO No. 1

ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA Y ESCUELAS DE MEDICINA  
INCLUIDAS EN LA MUESTRA, DISTRIBUIDAS DE ACUERDO A LA FUENTE  
PRINCIPAL DE FINANCIAMIENTO.

1967

FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

ESCUELAS	GOBIERNO NACIONAL		GOBIERNO ESTATAL		PRIVADA RELIGIOSA		PRIV. NO RELIGIOSA		T O T A L	
	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%
TODAS	66	48.8	31	23.0	8	6.0	30	22.2	135	100
MUESTRA	43	59.7	22	30.5	5	7.0	2	2.7	72	100

CUADRO No. 2

FUENTE PRINCIPAL DE FINANCIAMIENTO DE 72 ESCUELAS DE  
MEDICINA DE AMERICA LATINA

1967

P A I S	Número de Escue- las consideradas	Fuente principal de fi		
		Gobierno Nacional	Gobierno Estatal (1)	Privada religios
Argentina	8	7	-	1
Bolivia	3	1	2	-
Brasil	17	12	3	2
Chile	3	1	-	1
Colombia	6	3	2	1
Costa Rica	1	1	-	-
Ecuador	3	1	2	-
El Salvador	1	1	-	-
Guatemala	1	1	-	-
Honduras	1	1	-	-
Indias Occidentales (2)	1	1	-	-
México	16	3	13	-
Nicaragua	1	1	-	-
Panamá	1	1	-	-
Perú	4	3	-	-
Rep. Dominicana	1	1	-	-
Venezuela	5	5	-	-
<b>T O T A L</b>	<b>72</b>	<b>43</b>	<b>22</b>	<b>5</b>

- (1) Se incluyen escuelas de los estados, departamentos, provincias y  
(2) Reciben alumnos de toda la región.

CUADRO No. 3

MONTO DEL GASTO DIRECTO DE 72 ESCUELAS  
DE MEDICINA DE 17 PAISES DE AMERICA  
LATINA.

1967

Gasto operacional	50,947,222.19	85.7%
Inversión	8,478,483.61	14.3%
T O T A L	59,425,705.80	100.0%

CUADRO No. 4

GASTO OPERACIONAL E INVERSIONES EN 72 ESCUELAS DE MEDICINA  
17 PAISES DE AMERICA LATINA.

1967

P A I S	GASTO OPERACIONAL				INVERSI	
	Total	Porcen taje personal	Porc. con- sumo	Porc. otros	Total	Por mat per
Argentina	8,923,247.88	93.6	4.6	1.8	812,455.27	
Bolivia	368,732.29	86.7	7.1	6.2	66,996.95	
Brasil	10,628,870.50	73.7	9.5	16.8	1,750,125.24	
Chile	6,419,534.20	86.0	14.0	-	2,291,224.75	
Colombia	2,435,976.98	85.3	3.9	10.8	288,694.78	
Costa Rica	272,972.21	98.5	1.5	-	-	
Ecuador	280,474.20	92.0	5.0	3.0	124,335.00	
El Salvador	580,859.57	88.9	8.3	2.8	14,623.59	1
Guatemala	307,465.54	92.8	7.8	-	20,000.00	1
Honduras	134,600.00	93.8	6.2	-	29,675.83	1
Indias Occ.	1,395,456.37	77.1	22.0	0.9	19,921.00	1
México	3,933,693.00	93.0	6.0	1.0	1,416,591.00	
Nicaragua	246,969.20	94.7	0.8	4.5	-	
Panamá	306,425.00	91.6	7.6	0.8	30,000.00	1
Perú	4,042,789.32	72.0	4.4	23.6	643,875.06	
Rep. Dominicana	759,808.00	98.0	2.0	-	100,000.00	1
Venezuela	9,909,347.93	91.5	4.5	4.0	869,965.14	
<b>T O T A L :</b>	<b>50,947,222.19</b>	<b>88.7</b>	<b>6.7</b>	<b>4.5</b>	<b>15,848,483.61</b>	

CUADRO No. 5

COSTO ALUMNO-AÑO EN 72 ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA  
LATINA

1967.

PAIS	GASTO (1) EUA DLS.	NUMERO ALUMNOS	COSTO ALUMNO-AÑO
Argentina	9,004,493.40	25,721	350.08
Bolivia	375,431.88	2,179	172.29
Brasil	10,803,846.95	8,928	1,210.10
Chile	6,448,657.32	2,159	2,986.87
Colombia	2,461,846.16	2,941	837.07
Costa Rica	272,972.21	184	1,483.54
Ecuador	292,907.70	1,660	176.45
El Salvador	582,321.92	323	1,802.85
Guatemala	309,465.54	551	561.64
Honduras	137,567.58	176	781.63
Indias Occidentales	1,397,448.47	381	3,667.84
México	4,075,352.10	16,287	250.22
Nicaragua	246,969.20	245	1,008.03
Panamá	309,425.00	148	2,090.70
Perú	4,124,034.84	2,310	1,785.29
Rep. Dominicana	769,808.00	1,009	753.03
Venezuela	9,996,344.44	4,927	2,028.89

(1) Computado sumando los gastos operacionales más el 10% de las inversiones.



## COMENTARIO AL TRABAJO

### CONSIDERACIONES ACERCA DEL FINANCIAMIENTO DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA EN AMERICA LATINA.

Dr. Miguel R. Barrios.

El excelente trabajo del Dr. Ramón Villarreal enfoca el problema del Financiamiento de las Escuelas de Medicina en América Latina dentro de la problemática del desarrollo y la necesidad de recursos humanos para la salud en los países latinoamericanos.

Congruentes con este pensamiento, los objetivos de la educación médica serían:

1. "Desarrollar las potencialidades del individuo y enriquecer a la sociedad".
2. Implantar en la mente del individuo la imagen esquematizada de su país y de la sociedad en que vive, transmitirle los conocimientos científicos y culturales, estimular habilidades y actitudes para realizar una profesión.
3. Entrenar la mente del estudiante para pensar, o sea, formar seres capaces de aprender por si mismos, pensadores o aprendedores autónomos.

La enunciación de estos objetivos que modificarían los sistemas actuales de la enseñanza universitaria superior y médica en particular, implican reformas académicas y estructurales que a su vez deben ser contempladas bajo el aspecto de su financiamiento.

Podríamos preguntarnos ante la situación actual que priva en general en las escuelas médicas de latinoamerica si el financiamiento de las mismas va a dedicarse a resolver dos grandes grupos de problemas, el primero de orden cuantitativo, como son:

- a) El aumento creciente del número de estudiantes que demanda el ingreso a las Facultades de Medicina.
- b) El escaso número de profesores calificados.
- c) El desarrollo de nuevos conocimientos y especialidades médicas.
- d) A satisfacer la carencia de recursos materiales (edificios, equipo, material pedagógico).
- e) Resolver el problema de altos costos absolutos y relativos siempre crecientes en la educación médica.

O para resolver los problemas cualitativos de la enseñanza y aprendizaje de la medicina como son:

a) El mejoramiento y actualización de los métodos de enseñanza y aprendizaje con la participación activa del estudiante y la formación de hábitos para que aprenda a aprender.

b) El mejoramiento de los sistemas de evaluación que no son satisfactorios.

c) El empleo de técnicas modernas de la comunicación.

d) El mejoramiento de los programas de enseñanza médica en relación a los problemas locales y de salud y de la promoción de nuevas disciplinas a nivel auxiliar y técnico en medicina, para la formación del equipo humano de la salud.

Tanto los problemas de orden cuantitativo como de orden cualitativo estarán enmarcados dentro del contexto de la Reforma Universitaria y en particular de las reformas de la enseñanza médica mediante una planeación y programación adecuada con lo cual pretendo indicar que tratar de contemplar aisladamente el aspecto del financiamiento de una escuela médica en latinoamérica en general, tiene en sí, muchas variables, por lo que el presupuesto o financiamiento es parte importante del plan administrativo docente.

Si contemplamos solamente la procedencia de los fondos, unas escuelas son financiadas por los gobiernos centrales o federales, otras por los gobiernos estatales o departamentales, otras por instituciones privadas, religiosas o civiles y tal vez muy pocas o ninguna tiene financiamiento autónomo procedente de sus recursos propios, por lo que el financiamiento queda sujeto a los cambios de presupuesto o de política gubernamental o institucional y no sujeta a la evolución y desarrollo creciente de las necesidades docentes en función del desarrollo del país y nos da la impresión de que a pesar de su importancia y su aspecto financiero no recibe la atención necesaria ni se planea el presupuesto de las escuelas con una correcta metodología.

Si queremos ser consecuentes con las pautas de la buena administración y contemplar como un todo la administración docente y como una nueva especialidad de la administración de las escuelas médicas y ver dentro del proceso administrativo como una parte del proceso presupuestal o financiero de las escuelas médicas, hay necesidad de señalar, por lo tanto, la aguda carencia en las escuelas médicas de latinoamérica de directivos adecuadamente preparados para la administración docente.

Por qué hemos de improvisar en administración de nuestras instituciones educativas cuando en otros aspectos no toleraríamos improvisación, por ejemplo: en la administración de una empresa industrial o comercial? porque en esta se pierda o se gana dinero, porque se aumenta o disminuye la productividad. ¿No sucede lo mismo en nuestras escuelas médicas? donde el empleo del dinero no siempre

obedece a un plan general debidamente elaborado y donde también se pierde un recurso, el más difícil de obtener, el hombre mismo.

Resulta anacrónico e incongruente que nos preocupe solamente actualizar y mejorar los métodos y procedimientos docentes sin que paralelamente se haga esfuerzo por superar los aspectos administrativos.

Nos preocupa la preparación de maestros y personal técnico y no se dan pasos para la formación de directivos o administradores de la docencia.

Las Escuelas Médicas como instituciones ligadas a la salud pública de un país, como empresas dedicadas a la preparación del personal para las necesidades de salud de la comunidad no pueden ni deben escapar a la observación de los principios generales de la buena administración, entendida esta como un esfuerzo organizado de un grupo humano para el logro de objetivos previamente señalados con el máximo de satisfacción y rendimiento de quienes participan en ello: profesores y alumnos.

Por todo lo anterior, no podemos hablar sobre financiamiento en forma aislada, sino como parte importante del plan general de cada escuela. De otro modo resultaría hacer apreciaciones financieras sin tomar en cuenta los diversos capítulos que debe tener el plan de una escuela médica, su secuencia lógica, sus interrelaciones, etc., enmarcado todo ello dentro de las variantes circunstanciales propias de cada país o región.

El documento presentado por el Doctor Villarreal es el resultado de la encuesta realizada por la O.P.S., con datos recogidos en la misma fuente, pone de manifiesto el hecho de que la educación médica se encuentra fundamentalmente financiada con recursos gubernamentales hasta en un 71.8% de todas las escuelas (135) y en un 90.2% de la nuestra (72), mientras que la iniciativa privada participa en el financiamiento de un 28.2% de todas las escuelas y en un 9.7% en la nuestra.

Estos datos nos deben hacer pensar en el futuro del financiamiento de las escuelas latinoamericanas en función de: la demanda libre y creciente de candidatos para estudiar medicina y las necesidades de médicos de cada país; de la capacidad de las instituciones públicas de absorber al médico graduado así como la capacidad de la población para pagar el servicio médico privado.

Parece lógico afirmar que el sector gubernamental deberá mantener y quizá aumentar sus aportaciones para esta educación, pero esta aportación resultará siempre insuficiente ante los factores de demanda estudiantil y de cuidados médicos de la población, por lo que sería aconsejable promover una mayor participación del sector privado en inversiones para educación médica.

Por otra parte, las aportaciones del sector estudiantil o de sus familiares que lo sostienen, no se han modificado y se mantiene una actitud tradicional pagando cuotas muy bajas en educación superior

en contraste con lo que pagan en otros niveles educativos, desde le jardín de niños, la primaria, la secundaria, etc., cuyas cuotas son superiores y costos muy inferiores a los de la educación universitaria por lo que sería conveniente educar y convencer a la población de que en la situación actual la educación superior requiere un esfuerzo económico por parte de quienes desean adquirirla, sin que ellos signifique en ninguna forma cerrar las puertas de esta educación a los sectores menos favorecidos, sino más bien pedir a quien pueda pagar el costo íntegro que lo haga y favorecer a quienes no lo puedan hacer con cuotas diferenciales y becas, o con préstamos reembolsables a largo plazo realizados con fondos especialmente destinados a este fin en las universidades o con fondos de instituciones privadas o financieras.

Todo ello significa un cambio de actitud de los gobiernos, del sector privado y de los propios interesados para romper con las tradicionales cuotas bajas o la casi gratuidad de la educación superior, en el caso de la educación médica implica que el sector público y privado, tengan conocimiento previo e información suficiente sobre la situación crítica financiera que priva en la casi totalidad de las escuelas médicas, de sus grandes carencias de personal docente adecuadamente preparado, equipo, bibliotecas, etc., a fin de lograr que el sector público supere sus aportaciones y para que el sector privado invierta en educación médica superior considerando la inversión como elemento para el desarrollo e inversión a largo plazo que elevaría el nivel de salud de la población, su capacidad de producción y consumo, mayor esperanza de vida activa, redundando todo ello en el desarrollo y beneficio de todos los sectores de la población.

Hay en todo latinoamérica la tendencia a que la situación crítica y financiera de la educación médica vaya en aumento y no vemos como los gobiernos podrán satisfacer por si solos las demandas actuales y futuras de una población hasta hoy en número creciente y en cambios sociales hacia una superación cada vez mayor.

De acuerdo con el estudio de la O.P.S. (cuadro 3), los gastos operacionales de 72 escuelas latinoamericanas en 1967, fué de 51 millones de dólares en números redondos, esto nos da un gasto operacional aproximado de 708,000 dólares por escuela que comparado con el promedio de gastos operacionales básicos hecho por cada una de las 16 escuelas públicas de Norteamérica en 1947-48, era de 963,200 dólares y para 1961-62 este mismo gasto se elevó por escuela a 3,577,000 dólares, fenómeno semejante se registra en 26 escuelas médicas privadas de H.U.A., que en 1940-41 el gasto básico operacional promedio en cada una era de 515,900 dls. y para 1961-62 fué de 3,022,000 dólares; estas cifras no incluyen los gastos para investigaciones específicas (3), y nos indican que hay un largo camino que recorrer y actividades que para promover el adecuado financiamiento de nuestras escuelas médicas, seguir esperando que solo el sector público o los auxilios económicos extranjeros resuelvan el problema, significaría que no buscamos dentro de nuestros propios países en desarrollo, los recursos económicos de otras fuentes nacionales para la formación de profesionales y técnicos de la salud que el propio desarrollo está exigiendo.

La interrogante que plantea el estudio O.P.S., respecto

a que las escuelas médicas pudieran asumir la financiación de Hospitales universitarios para la enseñanza clínica y para facilidades asistenciales de la población representa a mi modo de ver una meta para lograrse a largo plazo ya que en el momento actual es difícil de aceptar como elemento sine quanon de la educación médica la existencia de un hospital financiado y administrado por la escuela médica. Sería interesante conocer la realidad administrativa de aquellos hospitales universitarios que existen en latinoamérica que cumplen función asistencial y función docente y de investigación para apoyar su justificación y comprobar o no una administración saneada.

La realidad actual nos indica que con el crecimiento de la seguridad social y el mejoramiento de la salud pública en nuestros países, cada vez más se incorporan sectores importantes de la población productiva y capaz de cooperar económicamente, los cuales reciben naturalmente los beneficios de la medicina institucional que cada vez más se supera en nuevas construcciones, hospitales y otros centros, pero en cambio los sectores menos favorecidos de las poblaciones, los que carecen de capacidad adquisitiva de uno u otro tipo de atención médica constituyen la población de hospitales civiles o de beneficencia, generalmente pobres que por hoy se podrían absorber o transformar como hospitales universitarios.

En realidad por qué ha de sujetarse la enseñanza clínica a ser realizada solamente en los núcleos de población que concurren a estos hospitales? Cuando en todos lados existen otros recursos hospitalarios descentralizados o privados mejor dotados que pueden y deben aprovecharse con determinadas modalidades y normas para esta enseñanza. Posiblemente convenios de coordinación con estas instituciones y las escuelas médicas, con el debido respeto a la autonomía de las instituciones asistenciales por una parte, y las docentes por la otra se permita la enseñanza clínica con considerable ahorro en el financiamiento de un hospital exclusivamente universitario.

Todos los puntos que hemos considerado alrededor del financiamiento de la educación médica, a mi modo de ver pueden ser debidamente previstos con un buen plan administrativo docente en cada escuela médica según particularidades nacionales y locales, por ello mi insistencia de la necesidad urgente de formar personal directivo en las escuelas médicas con preparación administrativa para la elaboración, ejecución y evaluación de planes docentes que se ajusten a la realidad y traten de satisfacer necesidades de salud de la población.

La difusión y conocimiento del plan general de una escuela médica determinada contribuirá seguramente a la mejor comprensión de los problemas de educación médica por parte de los diversos sectores de la población y una mayor disponibilidad de recursos financieros, pero es impresión personal de que los canales de comunicación adecuada faltan o son insuficientes para lograr la colaboración financiera que buscamos en los diversos sectores de la población.



Cuántas de nuestras escuelas médicas dedican recursos económicos específicos para el trabajo en equipo que elabore o revise un plan general educativo bien documentado que se difunda y logre despertar interés para motivar a quienes pueden dar fondos que contenga como mínimo:

1. Los antecedentes y justificaciones para el establecimiento y/o funcionamiento de una escuela médica de acuerdo con las necesidades de recursos humanos para la salud.

2. El diseño de objetivos claros, precisos con posibilidad de realizarse contemplando los fondos y recursos existentes y los que hay que conseguir.

3. El universo de trabajo o cupo docente.

4. Los métodos procedentes y medios que se emplearán para conseguir los objetivos.

5. El personal docente: su preparación, calidad, número y funciones para satisfacer los capítulos anteriores.

6. Local, equipo, biblioteca y demás material necesario.

7. La coordinación interna y externa para el logro de los objetivos señalados, especialmente la coordinación externa para la utilización óptima de los recursos locales o nacionales existentes y con ello los mecanismos de colaboración de diversas instituciones en la escuela médica.

8. La elaboración del presupuesto en función, naturalmente de lo arriba indicado, en todo un proceso que requiere la participación de varios sectores de una escuela médica. Pero además, debemos señalar que son necesarios los antecedentes y la base de los ejercicios presupuestales docentes de investigación y servicio de años anteriores para conocer costos operacionales en general y específicos. a este respecto es necesario preguntar cuántas de nuestras escuelas han adoptado alguna metodología en la planeación financiera y en la apreciación de costos, las cifras de costo alumno que expresa el Documento C.P.S., son globales y sujetas a una depuración para conocer lo más exactamente los costos y otras variantes del proceso presupuestal.

El simple hecho de que el manejo de fondos y la contabilidad se centralice en una sola oficina universitaria y la escuela médica no pueda ejercer su propio presupuesto, ni llevar su control, implica una de tantas dificultades para conocer los aspectos financieros; por estas razones entre otras, abundo en la necesidad de preparar personal médico en planeación y administración docente, tanto en nivel universitario como en las escuelas médicas.

9. No bastaría no haber meditado y elaborado los puntos anteriores de un plan docente si no se hace evaluación con las diversas modalidades de esta y entre ellas hay que evaluar el financiamiento y el ejercicio presupuestal para ajustar, distribuir, incrementar, etc.,

sus diversas partidas, sus mecanismos de obtención y distribución del dinero, la inversión ordenada de fondos, a veces más difícil que su obtención, para ajustar o corregir los procedimientos de control y antes que nada para justificar la inversión y por último para obtener información sobre costo de educación médica y beneficio a la comunidad.

---

BIBLIOGRAFIA.

1. Díaz de Cossío, Roger,  
Universidades UDUAL,  
35 - 9 enero-marzo 1969.
2. UNESCO - AIU, XXII Reunión,  
Universidades 35-60,  
enero-marzo 1969.
3. Datagrams Journal Medical Education,  
39-7, pág. 724, julio 1964.

## TEMA II

### EL FINANCIAMIENTO DE LA FACULTAD Y ESCUELAS DE MEDICINA EN LA AMERICA LATINA.

Dr. Ricardo R. Rodríguez,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de La Plata,  
Argentina.

La inversión que más alto reditúa que puede realizar un país, la obtiene con el dinero que emplea en la enseñanza e investigación científica. Entendiendo estos dos términos en su más amplia concepción y adecuadamente balanceados.

El facilitar específicamente los planes de educación médica y de investigación en el sector de la salud, posibilita el desarrollo económico y social mejorando el factor humano e influyendo de manera decisiva en el progreso de las naciones.

El presupuesto de las facultades y escuelas de ciencias médicas no solo debe ser adecuado, sino lo suficientemente flexible para que permita su fácil adaptabilidad durante el ejercicio financiero, a los efectos de contemplar los lógicos cambios de los programas.

Para ser suficiente debe comprender el plan de inversiones siempre creciente de las actividades de docencia e investigación y el crecimiento continuo que presupone las mayores necesidades de recursos humanos que deben contemplar, no solo las necesidades actuales, sino un plan de desarrollo para la formación del equipo de salud que cada país necesita en su futuro inmediato y mediato.

Los fondos del financiamiento deben prevenir fundamentalmente de fondos oficiales y este es un derecho y un deber que los gobiernos deben ejercer y no olvidar. La ayuda privada en el país y la privada u oficial del extranjero pueden ser importantes y debe propiciarse como complemento de la oficial a los efectos de solucionar problemas específicos en áreas determinadas dentro de los planes de enseñanza e investigación que cada escuela o facultad tiene en desarrollo o propicia su mayor expansión.

Uno de los mayores factores que influyen en el déficit presupuestario de una facultad de ciencias médicas es el mantenimiento de un hospital escuela. Para solucionar este problema hay dos posibilidades: la primera es un hospital autofinanciado, lo que es casi imposible en América Latina.

La segunda parte del siguiente concepto: las facultades y escuelas deben tener un hospital universitario que realice asistencia, docencia e investigación y de las que son responsables ya que por derecho les corresponde su dirección técnica. La dirección administrativa



y el mantenimiento financiero, por otra parte, les corresponde a los organismos de bienestar social y salud pública del país, ya que obtener el mayor nivel de asistencia, posibilitado por las actividades docentes y de investigación, es de su competencia y responsabilidad.

Uno de los más serios problemas de nuestros países es el éxodo de científicos y técnicos. Se ha dicho que una de las principales exportaciones de latinoamérica es la de cerebros con alto nivel de desarrollo. Esto es cierto y debe ser una de nuestras principales preocupaciones el evitarlo. Representa una gran inversión de dinero el formar un investigador de primera categoría, su reemplazo es muy difícil y no puede ser efectuado con el concepto que puede ser suplido con varios de nivel inferior. Aquellos son irreemplazables en cierto modo y su pérdida constituye siempre un hecho irreversible e irreparable.

¿Cuál es la causa de este éxodo y cuál es el mecanismo de su prevención? Su respuesta es muy fácil, aunque a nivel de nuestros gobiernos no siempre se comprende. Cuando un investigador tiene una remuneración adecuada, elementos de trabajo suficientes y desarrolla sus actividades en un medio favorable, prefiere su patria, a la que ama y comprende que debe darle todo lo de sí, a la emigración. En este caso y por el resto de la vida, en mayor o menor grado es un extranjero que añora su tierra de origen y que en algún modo se siente frustrado al no poder educar a sus hijos en el ambiente similar al que él sería capaz de contribuir si las circunstancias se lo permitieran.

Debemos estar siempre atentos para descubrir, lo más precozmente posible, a estos cerebros. Una vez hallados, los debemos rodear de un ambiente favorable, en que las trabas burocráticas sean mínimas y las facilidades para obtener materiales, equipos y colaboradores eficaces máximas.

Existen otras causas de deserción pero su proporción es minúscula comparada con la apuntada y su análisis no se justifica en el breve lapso que disponemos.

Nuestros países deben ya optar si en el conglomerado de las naciones del mundo adoptan el papel de estrellas o de planetas. Dicho en otras palabras, si van a crear su propia luz de conocimientos y esparcirla para beneficio propio y de sus vecinos o si van a reflejarla generada en otros soles más o menos lejanos y constituirse en pasivos transmisores de los conocimientos adquiridos, casi sin provecho ninguno. Esto crea una relación de dependencia, cuyo producto es el subdesarrollo y la miseria, con un futuro poco promisorio que no alienta ni estimula la lucha por el progreso.

## RELATO UNIFICADO DEL TEMA II

### EL FINANCIAMIENTO DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA EN LATINOAMERICA.

Relator: Dr. Numa Pompilio Cabrera,  
Facultad de Ciencias Mé-  
dicas, Guatemala.

El procedimiento del relato está basado en la agrupación de las diferentes conclusiones, según el egrado del consenso alcanzado por las mismas. Así, en un primer lugar se enumerarán aquellas conclusiones que alcanzaron unanimidad del criterio de los diferentes grupos. En el segundo plano estarán enumeradas aquellas conclusiones de grupo que tuvieron un consenso no absoluto, es decir, que tres o cuatro grupos coincidieron en una misma conclusión sin que ésta alcanzara la unanimidad, y finalmente, las conclusiones que fueron particulares a uno o dos grupos de discusión.

#### Primer Núcleo (unanimidad de criterio de los 5 grupos).

1. Debe hacerse un análisis de recursos financieros actuales para determinar si su utilización es actualmente adecuada.
2. Establecimiento de normas o diseños normativos que permitan establecer la magnitud de los costos y los objetivos propios de cada facultad.
3. Reforma administrativa, técnica y docente que incluya la creación de presupuestos-programas elaborados con la participación del cuerpo docente asesorado por técnicos calificados en la materia.
4. La principal fuente de financiamiento de nuestras facultades debe ser el Estado mismo como responsable que es de la salud nacional y puesto que el financiamiento de la educación médica es retribuido al Estado en forma de prestación de servicios.
5. Deben participar en el financiamiento de la educación médica, las organizaciones o entidades para estatales, autónomas o semi-autónomas, la iniciativa privada y puede contarse con la ayuda internacional.
6. Las diversas experiencias nacionales confluyen a indicar que es conveniente la limitación en el número de estudiantes de primer ingreso, ya que aún cuando no existe un procedimiento de evaluación que sea absolutamente justo, se ha logrado disminuir el número de deserciones y aumentar el número de graduados en cada promoción.

La determinación del número de ingresos debe basarse en los recursos y las necesidades de cada país.

Segundo Núcleo (consenso no absoluto del criterio de los 5 grupos).

1. Debe instruirse en técnica administrativa y financiera a los grupos dirigentes de facultades o escuelas. Puede lograrse a través de cursillos periódicos y asesoría.
2. La creación de matrículas diferenciales o aumento general en el monto anual de la matrícula no es una recomendación unánime. Está sujeta a condiciones propias de cada nación.

Hubo mayor consenso en la conveniencia de crear becas de estudio aunque no hubo acuerdo acerca de los beneficiarios.

3. Creación de facultades de Ciencias de la Salud y preparación de personal para médico.

Tercer Núcleo (recomendaciones particulares de uno o dos de los grupos participantes).

1. Establecimiento de prioridades entre los presupuestos de las diferentes facultades de la Universidad con base en la realidad propia de cada país y en la relación de costo educacional per cápita según las carreras universitarias existentes.
2. Una mejor distribución del presupuesto estatal.
3. Aumentar el presupuesto destinado a gastos de material y disminuir su desproporción en relación a los gastos de personal.
4. Fomentar a nivel estudiantil la discusión del problema de financiamiento y la proposición de soluciones.
5. Fomentar el establecimiento de personal de tiempo completo.
6. Evaluación periódica de docentes.
7. Disminuir la deserción y estancamiento estudiantil.
8. Evitar la fuga de docentes "valiosos".

ANALISIS DE LAS MEDIDAS TOMADAS POR LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE LA AMERICA LATINA PARA APLICAR LAS RECOMENDACIONES APROBADAS EN LA PRECEDENTE V CONFERENCIA.

Dr. Jorge Campos Rey de Castro,  
Ex-Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Lima, PERU.

Es indiscutible que las reuniones que con determinada periodicidad ha organizado la UDUAL para analizar aspectos concretos de la enseñanza de la medicina en Latinoamérica, han tenido el mérito de motivar el desarrollo de un interés creciente en la educación médica y, como consecuencia del mismo, la inmensa mayoría de países de esta área, si es que no todos, han ido adoptando algunas de las recomendaciones que se efectuaron en estas conferencias. En otras palabras, juzgo que en los últimos 15 años ha habido un evidente progreso en la educación médica en Latinoamérica, progreso que en gran parte, ha sido inspirado por las reuniones de los educadores médicos.

Sin embargo, no obstante lo afirmado anteriormente, es evidente también que gran parte de las recomendaciones y sugerencias hechas en las cinco conferencias que han precedido a la actual, no se han cumplido, especialmente las que se relacionan con aspectos que en cierto modo escapan del marco natural dentro del cual funcionan las autoridades que gobiernan las facultades de medicina; me refiero concretamente a los asuntos que no pueden ser controlados por la autoridad de la propia facultad y que deben ser atendidos por organismos distintos que tienen su propia organización, tal como son, por ejemplo, las secretarías de salud, las instituciones de seguro social, etc., que no están representadas en las conferencias de la UDUAL.

En esta misma conferencia se ha dicho que los acuerdos que en ella se toman no obligan a los países a adoptarlos, dado que a esas conferencias no asisten delegados oficiales de los gobiernos, lo cual es verdad; si bien ello facilita el diálogo y permite desarrollar una actividad menos protocolar, sin embargo, conlleva el riesgo que gran parte del esfuerzo que se realiza y del dinero que se gasta en organizar estas reuniones, se pierda desde el momento en que algunos o parte de los acuerdos y recomendaciones no se cumplen.

De lo dicho se desprende que parece existir un vacío o defecto en la organización de la entidad que ha venido organizando estas conferencias, vacío que a mi entender, debería ser cubierto creando una sección, dentro de la Secretaría General de la UDUAL, que actúe en forma permanente y que sería la encargada de dar forma y cumplir los acuerdos y realizar las diversas gestiones internacionales, acumular información, efectuar encuestas, proporcionar datos y, en fin, mantener la continuidad en el esfuerzo que hoy se desarrolla sólo en forma intermitente y necesariamente en forma incompleta.

Esta sugerencia no debe entenderse como una crítica a la labor que desarrolla la Secretaría General de la UDUAL, cuyo trabajo eficiente soy el primero en reconocer; todo lo contrario, la idea es reforzar la estructura actual de la UDUAL, dotándola de una sección dedicada específicamente a los asuntos de educación médica, dado el gran desarrollo e interés que ha cobrado esta actividad en Latinoamérica. No se trata tampoco de crear un nuevo organismo que entre en competencia con las actuales asociaciones nacionales de educación médica. Al contrario, creo que la UDUAL por intermedio de su sección de educación médica, que estoy proponiendo que se cree dentro de la Secretaría General de la misma, podría y debería actuar en estrecho contacto con las asociaciones nacionales, así como también como con los decanos o directores de las escuelas.

De las diferentes sugerencias aprobadas en la reunión de Lima, creo que las de mayor trascendencia para el progreso de la educación médica en Latinoamérica fueron las que recomendaban que la formación de especialistas debería efectuarse, en lo posible, dentro de esta misma área geográfica para lo cual se propuso se hiciera una encuesta y calificación de los servicios, institutos o centros de adiestramiento de personal existente, con el fin de establecer cuales podrían ser recomendados para llenar esta tarea que evitaría en gran medida la fuga de especialistas y su mejor adaptación a nuestro medio.

De otro lado, en la reunión de Lima se acordó también que dada la importancia que en medicina tienen las ciencias de la conducta, se organizará un seminario latinoamericano para analizar los objetivos, métodos y contenido de la enseñanza de esas ciencias como parte de la formación del médico. Los acontecimientos de París y de México, que sucedieron en fechas ulteriores a la de la reunión de Lima, confirman plenamente la validez de esa propuesta.

Ninguna de estas dos sugerencias o recomendaciones se ha cumplido, confirmándose así el defecto de organización señalado en la primera parte de mi exposición.

En lo que respecta a los otros acuerdos y recomendaciones de la V Conferencia, me refiero al Tema I, es decir a las medidas que se sugirieron para interesar más al médico en su papel de promotor del desarrollo social de su propio país y al Tema II, que trató sobre la producción y distribución de médicos para cubrir las demandas demográficas de América Latina, creemos el Dr. Gonzalo Aguirre Guzmán y quien les habla, que estos puntos podrían ser tratados ahora, en forma de mesa redonda, con la participación de todos los decanos o representantes de las facultades de medicina aquí presentes, mejor que en grupos de trabajo dado que, por limitaciones en el tiempo y en los recursos económicos no fue posible hacer una encuesta previa entre todas las facultades de medicina latinoamericanas, razón por la cual no les he traído a ustedes una información completa y adecuadamente tabulada que habría sido de gran utilidad.

ANALISIS DE LAS MEDIDAS TOMADAS POR LAS FACULTADES Y  
ESCUELAS DE MEDICINA DE AMERICA LATINA PARA APLICAR  
LAS RECOMENDACIONES APROBADAS EN LA PRECEDENTE V CON  
FERENCIA.

Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán.  
Director del Instituto Indigenista  
Interamericano. México.

El propósito del tema que habrá de discutirse en esta mesa redonda, según claramente lo expresa uno de los documentos que ha distribuido la Secretaría, es dar oportunidad a los señores decanos para que informen al respecto. Se piensa que con ello las reuniones de Facultades y escuelas de medicina perderán su carácter de contactos transitorios para el examen teórico de los problemas y el esfuerzo común adquirirá continuidad y el logro posible de las metas propuestas. Como se desprende con toda evidencia del enunciado anterior en esta mesa redonda no hay ponentes sino informantes. Sin embargo, a más de los decanos se nos ha invitado a participar a los doctores Jorge Campos Rey de Castro, que presidió la V Conferencia, y Gonzalo Aguirre Beltrán, que actuó como relator de la misma, y se nos ha encomendado un papel en extremo difícil ya que quien les habla carece de la información necesaria para resolver el tema. No ignoramos, desde luego, que la invitación que se nos hizo para participar en esta conferencia estuvo motivada, fundamentalmente, por el deseo de asegurar la continuidad entre la anterior y la presente reunión, y en consecuencia, si no me equivoco, nuestra tarea habrá de consistir en informar, no sobre el cumplimiento de lo acordado, sino sobre los puntos discutidos y sobre las resoluciones tomadas, explicando brevemente su génesis cuando esto se considere necesario.

Antes que otra cosa debemos hacer notar que la V Conferencia, a diferencia de las anteriores, quedó debidamente registrada en sus aspectos de organización, temario y debates, gracias a la edición que de ella hizo el doctor Campos Rey de Castro en un volumen mimeografiado que contiene los documentos de trabajo de cada tema, con el informe final del relator, las ponencias de las mesas redondas, seguidas de las intervenciones de la audiencia, y las recomendaciones del plenario de la conferencia. Esta publicación es sumamente valiosa no sólo por la calidad de los trabajos, que es excelente, sino, además, porque recoge las opiniones que prevalecieron en la reunión y que constituye un índice de la orientación de la enseñanza de la medicina y de los problemas del ejercicio profesional en los días que corren. Parece indudable que el precedente sentado por el Dr. Campos Rey de Castro, de hacer disponible para el personal médico el contenido de la V Conferencia, debe tener continuidad y que uno de los puntos que esta mesa redonda habrá de discutir es la forma de institucionalizar la publicación y distribución de los trabajos y debates de ésta y las sucesivas conferencias. En algunos casos, como sucedió en el Perú con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, las universidades sedes bien pueden encargarse de la edición e impresión de las conferencias; pero tal vez esto no sea posible en todas las ocasiones y habrá que pensar en el órgano que tome a su cargo esta tarea -que bien puede ser la UDUAL- y el modo como habrá de financiarse una labor de tanto provecho.

De las recomendaciones del plenario la primera expresa la preocupación por la investigación médica como base para la docencia y el progreso de la disciplina en la práctica diaria. Siendo los gobiernos latinoamericanos los que abrumadoramente cargan con la responsabilidad de financiar la enseñanza al nivel universitario, se planteó lo conveniente de hacer conciencia, entre quienes detentan el poder de tomar las decisiones, de la enorme importancia que tiene la investigación —y la investigación médica en lo particular— para el desarrollo económico y social del país. Los fondos que se destinen al financiamiento de la investigación médica permitirán superar la dependencia técnica y el desenvolvimiento secundario que caracteriza la vida profesional en un gran número de nuestros países.

La coordinación de los esfuerzos de las universidades y escuelas de medicina con organismos supranacionales que realizan investigaciones sobre los mismos problemas, o sobre problemas semejantes, fue otra de las recomendaciones de la V Conferencia. La naturaleza de esta recomendación, como la que de inmediato sigue y solicita la calificación de los servicios, institutos y centros de adiestramiento con que cuentan las distintas facultades de medicina latinoamericanas, tienen como finalidad el mejor aprovechamiento de recursos escasos. La recomendación tercera procura el establecimiento de centros internacionales de especialización y perfeccionamiento en los propios países latinoamericanos, no sólo para contribuir al desarrollo y prosperidad de las facultades recomendables, sino también para evitar las mermas en cantidad y los desajustes psicológicos que experimentan los profesionales que pasan a estudiar, a especializarse o a perfeccionarse, en países de gran desarrollo industrial y de lengua, cultura y estructura social distintas a las nuestras. Si bien los países latinoamericanos en modo alguno representan una homogeneidad, las diferencias que entre ellos existen están compensadas por la participación común en valores y patrones de acción emparentados.

La cuarta recomendación pone en relieve la importancia que tiene la enseñanza de las ciencias de la conducta —psicología, antropología cultural y sociología— en la formación médica, al acentuar la conveniencia de realizar lo antes posible, un seminario latinoamericano que debata los objetivos, metodología y contenido de la enseñanza de estas ciencias en las escuelas de medicina. A decir verdad, la necesidad de tener siempre en mente a las ciencias sociales en la formación del médico y en el estudio de los problemas que derivan de la docencia, la investigación y la práctica de la medicina constituyó uno de los postulados explícitos o implícitos en todos los trabajos y en las discusiones del temario y las mesas redondas de la V Conferencia. El primer tema se refirió a la formación del médico latinoamericano como promotor del desarrollo social de su país y fue motivo de dos enfoques complementarios. Uno hizo ver cómo el desarrollo económico y social de los países meztizoamericanos está ligado al progreso y mejoramiento de sus sectores de población arcaicos constituidos por grupos étnicos de cultura indígena, y por gente de las clases sociales más desvalidas de la sociedad nacional, que aún comparten ideas y prácticas magicoreligiosas en la concepción y el tratamiento de sus enfermedades. La innovación de la medicina científica moderna en esos sectores de la población amerita un conocimiento integral de sus órdenes social y cultural que solamente las ciencias sociales pueden suministrar.



El enfoque complementario abordó el ángulo de la medicina institucionalizada que año con año va comprendiendo a grupos de población cada vez mayores y que pretende redistribuir equitativamente la salud entre todos los habitantes de un país. Al referirse a los programas de enseñanza de la medicina, contemplados desde la perspectiva que ofrece la medicina institucionalizada, el documento de trabajo hizo ver la urgencia de vincular el ejercicio profesional con la doctrina social, con los adelantos técnicos y científicos y con las necesidades de salud y promoción social económica. Apenas si es preciso destacar las consecuencias de todos órdenes que produjo la introducción, en la medicina, del concepto de la salud como un derecho al que deben tener acceso todos los miembros de la sociedad, irrespectivamente de su posición en la estratificación de clases. Las ideas y doctrinas de la medicina liberal, que durante más de un siglo constituyeron la filosofía en que se basó la práctica médica, se encuentran bajo el asedio del nuevo concepto y de su aplicación en la práctica médica. Como adelante veremos, el conflicto entre las nuevas y las viejas formas de pensar está generando en nuestros días un profundo cambio estructural que es indispensable encauzar.

El segundo tema discutivo en la V Conferencia fue el de la producción y distribución de médicos en América Latina, íntimamente conectado con problemas de mano de obra estratégica, mercado de trabajo y desarrollo económico y social de grandes áreas rurales que no cuentan en la actualidad con los servicios de la medicina moderna. La atracción de un número considerable de médicos por los mercados de trabajo de las grandes urbes o, lo que se consideró aún peor, por los focos de desarrollo de los países altamente industrializados y lo que esto representa en dinero y esfuerzo invertidos en la formación profesional, así como las implicaciones que para los países en desarrollo tiene la migración de su mano de obra estratégica a las ciudades más populosas y las repercusiones de esta tendencia acarrea para el desarrollo rural, fueron debidamente consideradas. El remedio a la situación problemática, se advirtió, reside en mudanzas en las relaciones de la producción y la distribución cuyo estudio requiere la utilización interdisciplinaria de las ciencias de la conducta.

La primera de las mesas redondas, que discutió específicamente el problema de la migración de médicos latinoamericanos al extranjero, volvió a incidir sobre el mismo tema, con abundancia de datos estadísticos y de otros órdenes, que pusieron en claro las condiciones de la migración. Esta se forma de médicos jóvenes, calificados e intrépidos, en permanente lucha competitiva, que buscan nuevos horizontes en sociedades de rápida movilidad social y que, por estar dotados de cualidades morales e intelectuales de valía son líderes potenciales de salud que pierden los países que originalmente les dieron identidad y ciudadanía. Se analizaron las causas económicas, el ambiente de trabajo, las condiciones políticas y sociales adversas y otros factores más, todos los cuales caen en el ámbito de las ciencias de la conducta. Se propusieron las medidas a tomar que se estiman aconsejables, si no para resolver el problema, cuando menos para hacer menos deseable la migración fuera del territorio patrio.



La V Conferencia, en su segunda mesa redonda, concluyó de modo natural con el debate de la enseñanza de las ciencias de la conducta en la formación del médico y generó la recomendación cuarta del plenario que hemos comentado con amplitud. La recomendación quinta sugirió temas a tratar en esta VI Conferencia que están relacionados con los que han sido motivo de nuestra consideración o que simplemente contemplan ángulos específicos de problemas tocados en lo general. Con ello se quiso asegurar, una vez más, la continuidad en estas reuniones y el enlace de unas con otras a modo que no se perdiera el interés en el planteamiento y la resolución de temas que son de trascendencia para el futuro de nuestra disciplina.

Digamos, finalmente, que la V Conferencia se celebró antes de que estallara el movimiento estudiantil que en Europa y América conmovió profundamente la estructura de nuestra sociedad y de nuestra universidad. Los temas entonces estudiados tienen en el presente aun mayor vigencia ya que el movimiento aludido puso en tela de juicio las formas tradicionales de enseñanza, las finalidades de la investigación científica desprovista de sentido social y la orientación actual del ejercicio profesional que en nuestra sociedad liberal se encamina a dar asistencia preferente a la clase social que puede cubrir el costo en incremento de los servicios médicos. La necesidad del enfoque social en la medicina de nuestro tiempo se advierte hoy en día con claridad y urgencia mayores.

## RELATO UNIFICADO DEL TEMA III

### ANALISIS DE LAS MEDIDAS TOMADAS POR LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE LA AMERICA LATINA PARA APLICAR LAS RECOMENDACIONES APROBADAS EN LA PRECEDENTE V CONFERENCIA.

Relator: Dr. Luis Octavio Angel  
Facultad de Medicina, Guatemala.

Los grupos consideraron que no es posible hacer un análisis de las medidas tomadas por las Facultades y Escuelas de Medicina, porque no se tiene un conocimiento completo de las realizaciones de cada una de ellas.

Se consideró que para que las recomendaciones aprobadas en las conferencias de la Unión Latinoamericana de Facultades de Medicina, tengan una mejor perspectiva de realizarse, debe dársele mayor divulgación y buscar medios que garanticen un seguimiento permanente hasta lograr su realización.

Considerando el perfil propio y singular de la Universidad Latinoamericana, su preocupación por formar profesionales arraigados e interesados en la dramática de nuestro subdesarrollo y la obligación de profundizar en la búsqueda y definición de nuestras propias urgencias y prioridades, se propone la creación de una dependencia de la UDUAL encargada de reglamentar los fines y el funcionamiento de la Unión Latinoamericana de Facultades de Medicina, así como de divulgar las recomendaciones a todos los niveles y propiciar su implementación. Además, este organismo servirá de enlace con otras instituciones internacionales interesadas en mejorar la educación médica en América Latina.

Para complementar las funciones de esta dependencia, se debe utilizar a las asociaciones nacionales o regionales de Facultades de Medicina ya existentes.

CAMINOS Y PROGRAMAS PARA FOMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD  
DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA

Documento básico para la Segunda Mesa Redonda de la VI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de Latinoamérica.

Dr. Rolando Luna Azurdia  
Universidad de San Carlos de Guatemala,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Guatemala, C.A.

INTRODUCCION

La preocupación en las Facultades de Medicina por metodologías para mejorar el proceso del aprendizaje es de muy reciente novedad.

Ha creado esa necesidad, la aparición de una nueva Conciencia dentro de la Medicina.

Nosotros, conscientes del crecimiento precipitado de las Ciencias Médicas.

Conscientes del crecimiento progresivo de la necesidad sentida de servicio y de atención médica.

Conscientes del crecimiento precipitado de las poblaciones que requieren de atención médica y de mejor salud.

Y conscientes de la escasez de recursos educativos adecuados para un aumento en nuestra población estudiantil.

Hemos pensado: que todos los pensamientos y teorías para mejorar el proceso educativo y específicamente aquellas que ya ha hecho de la enseñanza aprendizaje en los niveles medios de la educación, un verdadero progreso, deben ser aplicadas en nuestro tiempo a la educación superior. Y así poder resolver la nueva problemática educativa.

Y en un afán de mejorar el problema de salud integral de nuestros países, creemos necesario estructurar una Facultad de Medicina con nuevas bases y nueva filosofía. Una nueva Facultad de Medicina para hacer más factible la realización de los ideales de la nueva conciencia, que han sido divulgados y declarados durante los últimos 20 años, por seminarios, congresos e instituciones Internacionales que se preocupan por la salud, es nuestra meta.

## DETERMINACION DE NUESTROS PROBLEMAS Y SU IMPORTANCIA.

Estamos convencidos y el concepto de universidad Latino-Americana lo trae implícito, que nuestro estudiante universitario no puede alcanzar madurez académica en un ambiente de autoritarismo docente.

Creemos que en esta época de desarrollo científico y tecnológico, el estudiante de Medicina no puede desarrollar criterio científico si no participa activamente en su propio proceso educacional.

Creemos algunos de nosotros, que un mundo más racional, más justo y más humano solo puede planearse cuando trabajen juntos, en ese proceso, las diferentes generaciones de la época.

Y por consiguiente una Facultad de Medicina más racional, más justa y más humana solo puede planificarse cuando trabajen juntos a todo nivel estudiantes, profesores y administradores médicos.

Siendo nuestro objetivo: la formación de profesionales capaces de resolver los problemas de nuestra colectividad. Creemos que para dejar de centrar la enseñanza en la materia de estudio y hacerlo en el estudiante, nuestro producto primordial, éste, debe participar activamente en la programación docente.

La Universidad Latino-Americana tiene experiencia de varias décadas de la participación de sus estudiantes en la actividad político administrativa de la Universidad. En Guatemala hemos hecho algunas observaciones pertinentes a esta actividad estudiantil. Dentro de nuestra Universidad podemos decir que la participación estudiantil es exclusivamente limitada al aspecto político administrativo. Nuestra organización universitaria ha contribuido a que desde el punto de vista universitario, el estudiante desarrolle una Conciencia de Política Universitaria,

Conciencia que en muchas ocasiones ha sido provechosa para el desarrollo y función de la Universidad. Pero esa participación, de esta juventud, en la Universidad es por consiguiente limitada a una función de la Universidad. Hemos dejado aparte, afuera, la participación en lo que tal vez atañe más directamente al propio estudiante. Lo hemos dejado sin participar directamente en su propia formación académica si así quiere llamarse desde el punto de vista estricto. Hemos podido observar que en Guatemala, aquellos estudiantes que han sido activos participantes de la actividad política administrativa de la Universidad se han desarrollado, en su ejercicio profesional y su vida profesional con conocimiento y capacidad extraordinaria en lo que respecta a política y administración Universitaria. Que los líderes estudiantiles son muy frecuentemente los líderes profesionales. Que el que ha participado en la actividad político-administrativa facultativa, continúa en su vida profesional con interés estrecho en esta actividad, durante el ejercicio de su profesión.

Si nuestros estudiantes tuvieran también participación en otras actividades Universitarias como son docencia, planificación,-

evaluación y ejecución de la enseñanza, éste tal vez sería el sistema para de tectar y educar desde una fase temprana a los futuros docentes, futuros plani ficadores y futuros ejecutores de cambios. Sería un sistema que adiestraría al Universitario en acción más efectiva en el medio donde se desarrolla.

### COMO UTILIZAR LA ACTIVIDAD DEL ESTUDIANTE EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA?

Vamos a responder a esto con una frase:

Con participación del estudiante de medicina a todo nivel. En la planificación, en la programación educativa, en la ejecución - docente y a nivel de evaluación y control de todo el proceso formativo del - médico.

#### Participación del Estudiante en la Planificación:

Nuestros jóvenes profesionales desconocen totalmente las ideas y metodologías de la planificación educativa moderna y de la plani ficación de Salud. El estudiante de medicina evoluciona con una proyección profesional enmarcada en el pasado médico. Su meta dentro del campo de la - medicina conceptual que en la actualidad, es parcialmente caduca.

En nuestro período de formación médica no hemos tendi do la vivencia del cambio que se viene desarrollando y por consiguiente no es tamos preparados para el devenir de los grandes problemas Médicos Sociales.

La participación de estudiantes de medicina en los - cuerpos planificadores de la educación médica, tendría como objetivo: educar al estudiante en el proceso del cambio y lo prepararía para el parto del pro greso.

Pronto podría este estudiante, al participar en la pla nificación, contribuir con la voz del sujeto, el sujeto importante en la edu- cación médica.

Sería la voz de la materia prima que informa de su - cambio. Sería la voz de la materia prima que se está automodificando para su mejor realización.

#### PARTICIPACION DEL ESTUDIANTE EN LA PROGRAMACION.

Programar ya no es hacer una lista de temas a tratar. En las Facultades de Medicina programamos actividades docentes, algunas veces con sumo detalle, pero casi siempre sin oír directamente la actitud hacia esa actividad planificada de los más envueltos en su desarrollo, los estudiantes, por consiguiente; estos estudiantes de medicina tendrán actividades o desarro llarán actividades, sin conocer el porqué y el para qué de sus contenidos y propósitos.

Estos estudiantes de medicina no conocen los objetivos y las razones precisas por lo que se les preparó una experiencia determinada. Si el estudiante no las comprende tampoco podrá aprovechar esa experiencia en su totalidad.

El estudiante al ser partícipe de la determinación de los objetivos específicos ya está automáticamente incorporado. Sería desde el principio parte dinámica del proceso educativo. Ya sería parte de lo que vendrá después. Ya no vendrían entonces a la Universidad a que se les dé, - sino que vendrían a la Universidad a hacer.

#### PARTICIPACION DEL ESTUDIANTE EN LA EJECUCION DOCENTE.

Tradicionalmente los programas de enseñanza los ejecuta el maestro. Un programa de aprendizaje debe ejecutarse por el estudiante y el maestro. Ambos aprenden y ambos enseñan.

Tenemos una experiencia corta de un programa que se podría llamar "Aprendizaje en pequeños grupos dinámicos de motivación, formación e información" éste se está utilizando en el primer ciclo de nuestro nuevo programa. En el curso llamado Introducción a la Psicología de la Personalidad. Esta pequeña experiencia consiste: en enseñar al estudiante a estudiar, discutir y estimularle para que desarrolle sentido de responsabilidad. Darle capacidad para valerse por sí mismo en la solución de sus problemas. Orientarle para que pueda recurrir apropiadamente a las fuentes de información y a las fuentes del conocimiento. Y demostrarle que puede utilizar de manera productiva a sus profesores, a sus compañeros y a sus amigos.

Los profesores (X) discuten y hacen concenso del tema. Luego cada profesor se reúne con un grupo (x2) de estudiante y discute con ellos el tema. Orienta en la búsqueda de mejor conocimiento. Estimulan dentro del grupo la manifestación de ideas individuales, dudas y concenso.

Luego cada estudiante del grupo se junta con un grupo de estudiantes (x3) a mantener una actividad similar (orientar, estimular, - buscar, manifestar, hacer concenso).

#### PARTICIPACION DEL ESTUDIANTE EN LA EVALUACION.

El producto final de todo nuestro proceso educativo es un Médico formado. En su formación han contribuido una serie de experiencias educativas planificadas y un buen grupo de experiencias no planificadas. Han contribuido también, vivencias que no están consideradas en los currículos pero que sabemos son parte muy importante en la formación profesional. Han contribuido en la formación de este profesional sus profesores como personas, sus amigos, compañeros y el medio ambiente donde se han movido durante su paso por la Facultad de Medicina.

Si a través de todo el tiempo que el estudiante pasa en la Escuela de Medicina tuviéramos la oportunidad de conocer que piensa el estudiante de sus experiencias, éxitos y fracasos; ésto sería un nuevo punto de partida para el estudiante y una orientación para la planificación educativa. Si encuestas como las realizadas con propósitos específicos de algún estudio, fueran rutinariamente diseñada y pasada a diferentes niveles durante el proceso educativo, éstas, no solo nos darían sentido del progreso de grupos estudiantiles. Sino sería una mínima actividad en el proceso de rea-

limentación para la evaluación inmediata de la enseñanza que ha sido planificada.

Todos sabemos cuan complicado puede llegar a ser el proceso evaluativo. Pero también sabemos que nuestras facultades de medicina no cuentan con las capacidades y los recursos para emprender la evaluación - con toda la técnica requerida. Pero por otro lado también estamos convencidos que en algún punto hay que empezar. Algo hay que hacer para conocer de este problema, especialmente cuando sabemos que el proceso de evaluación es en muchos casos el principio de la adquisición del conocimiento.

Sabemos que la evaluación es un nuevo esfuerzo para - la comprensión y la aplicación. Que la evaluación es a la vez análisis y sí tesis. Por lo anterior creemos nosotros, que el estudiante debe participar - activamente en todo el proceso de la evaluación que la facultad lleva a cabo. Una evaluación para conocerse ella misma como Institución, para conocer a sus grupos estudiantiles y para conocer al estudiante. Al participar el estudiante activamente conocería de su Facultad, conocería a los grupos estudiantiles (sus futuros colegas) y se conocería a sí mismo.

En la nueva organización de la Facultad de Ciencias - Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala se contempla dentro de su estructura, un sistema de realimentación estudiantil permanente que describiremos a continuación.

La Facultad de Ciencias Médicas se encuentra dividida ahora en 3 fases, una fase que estudia al individuo, a la familia y a la colectividad normal, la segunda fase que estudia al individuo, la familia y la colectividad enferma y la tercera fase que trata de la recuperación y control del individuo, la familia y la colectividad.

Estas 3 fases tienen en su dirección a un individuo - preocupado específicamente por el grupo de estudiantes que se encuentran en su fase. Trabajaré permanentemente con una comisión estudiantil democráticamente electa. Periódicamente en reuniones específicas y en una forma organizada solicitaré la opinión estudiantil sobre sus experiencias educativas. Se evaluará los cursos que reciben, la metodología de la enseñanza, los problemas interpersonales de la educación, el desarrollo de los programas, la validez de su contenido con relación a la realidad nacional y recogeré opiniones de propuestas para cualquier mejora a realizarse.

Toda esta información recibida será evaluada dentro del comité de desarrollo de la Facultad de Ciencias Médicas y servirá de orientación para su constante moderación.

Creemos nosotros que a través del tiempo, estos estudiantes que en pequeños grupos participarán en este proceso de realimentación educativa estarán más cerca de la Facultad de Ciencias Médicas al cooperar activamente en su desarrollo. Estos estudiantes al conocer de los - problemas educativos, comenzarán desde temprana época a pensar en soluciones y metodologías para la mejora en el proceso de enseñanza aprendizaje.



Buen número de estos estudiantes se interesarán permanentemente en esta actividad y posiblemente buen número de ellos serán los futuros docentes de la Facultad de Ciencias Médicas. Buen número de estos estudiantes que participarán en este proceso educativo, conocerán de los procesos de control y de la dinámica en la organización. Esto será una importante experiencia en el desarrollo de su formación para el futuro de su profesión, como administradores de salud y como agentes de desarrollo en el medio ambiente donde actúen.

En el cuadro siguiente podemos observar la organización administrativo docente de la Facultad de Ciencias Médicas y podemos dar nos cuenta de la línea administrativa docente. Esta viene de las autoridades superiores, el decanato, a la dirección de fase y a las cátedras titulares, medio efector de la docencia. Y por otro lado el proceso de la realimentación regresa de los comités estudiantiles a la dirección de fase del decanato.

El cuadro siguiente demuestra como en nuestra facultad se ha pensado en la distribución de los números de comités estudiantiles, y de los directores de fase que se encargarán de este proceso de la realimentación para el año de 1969. La distribución en 1969 no es exacta como el organograma original debido a la gran carga estudiantil de la primera fase. - Nosotros no tenemos suficiente experiencia en este proceso de realimentación, como para poder dar una opinión de su efectividad. Por el corto tiempo que tiene de haberse diseñado y las pocas experiencias que hemos tenido hasta la fecha, no debemos opinar en base a experiencia. Pero creemos que este proceso, es base fundamental en la nueva estructura académica en la Facultad de Ciencias Médicas. Al preocuparnos específicamente por la materia prima que luego será el producto de nuestra escuela: El médico. Nos dedicamos así menos a la materia y más al hombre.

Este estrecho contacto entre el estudiante y su escuela dará una nueva y sólida orientación de nuestra Facultad dentro de nuestro conglomerado social.

## SUMARIO

Hemos presentado algunas ideas sobre los caminos y programas para fomentar y utilizar la actividad del alumnado en el trabajo de las Facultades de Medicina. Nuestra ponencia básica es la participación estudiantil organizada en todo nivel de la estructura de la Facultad de Ciencias Médicas. Creemos que el estudiante de medicina debe aprender a vivir desde una temprana edad Universitaria en un constante cambio de sus actitudes y de sus metas.

Creemos que debe participar del constante cambio que sufre nuestra facultad de Medicina, para mantenerse al día de los avances científicos y sociales y al día en el conocimiento de las necesidades de nuestro país.



CAMINOS Y PROGRAMAS PARA AUMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD  
DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA.

Doctores: MIGUEL MARQUEZ  
RODRIGO YEPEZ  
MARIO CHANCAY

Secretaría Ejecutiva de la Asociación  
de Facultades Ecuatorianas de Medicina

Luego de haber recibido la gentil invitación de parte de la Comisión Organizadora de la VI Conferencia Latinoamericana para participar en el desarrollo de esta importante Mesa Redonda, que versará sobre: "CAMINOS Y PROGRAMAS PARA AUMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA", elaboramos el presente trabajo, fundamentándonos por una parte, en la actividad estudiantil desarrollada en el Ecuador en estos dos últimos años y, por otra parte, que es lo que se ha podido hacer en la orientación de esta actividad para lograr el mejoramiento de nuestras Facultades.

Con este criterio, nos concretamos a presentarles nuestros puntos de vista señálándonos al siguiente esquema:

¿Qué debemos hacer para aumentar y utilizar la actividad del alumnado en el trabajo de las Facultades de Medicina?.

- 1.- Conocimiento de la actividad estudiantil
- 2.- Análisis de la situación presentada; y,
- 3.- Programa de trabajo encauzada a cumplir:
  - a) Labores docentes y de investigación; y
  - b) Programas de servicio a la comunidad; Extensión Universitaria.

1.- CONOCIMIENTO DE LA ACTIVIDAD ESTUDIANTIL: Indudablemente, si queremos cumplir una labor positiva y realista con los aspectos que hoy analizamos, tenemos que aceptar, que, el primer paso a cumplirse tiene que ser el conocimiento de parte de directivos y profesores de los postulados, iniciativas y actividades que los estudiantes cotidianamente y en sus reuniones clásicas están produciendo. De esta manera, consideramos, que estaremos en condiciones óptimas para analizar, programar y utilizar en forma efectiva el gran esfuerzo desplegado por los alumnos, el mismo que, al no ser aprovechado en debida forma, que al no hallar eco en sus profesores, puede terminar por producir situaciones negativas, muchas veces conflictivas y anárquicas para la vida de nuestras Instituciones.

Acorde con esta proporción, a continuación exponemos la síntesis de las actividades desarrolladas por los estudiantes de Medicina del Ecuador durante los dos últimos años, 1968-1969, bajo la dirección de la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina, comprender el porqué de nuestros planteamientos y observaciones detalladas en relación y 3o. del esquema propuesto.

<u>Tipo de Actividad</u>	<u>Tema</u>	<u>Participantes</u>	<u>Re</u>
III Congreso Nacional	Reunión Final	Directiva Nacional	Es y za de Ex fi ac de de Ha di de Me Ap ci y ci Ru
Consejo Nacional Reunión de Decanos Mayo de 1967)	Semana Médica. Si- tuación de la Educa- ción Nacional Plan de Estudios	Directiva Nacional Decanos Delegación estu- diantil de las tres Facultades.	De co la tu
I Seminario Nacional de Educación Médica (Septiembre de 1967)	Unificación de Planes de Estudio, Admisión, Internado. Enseñanza de Medicina Preventi- va.	Delegación de Pro- fesores y estudian- tes de las tres Fa- cultades	Es de Du Su El de
I Encuentro Grancolom- biano de Estudiantes de Medicina.	Educación Médica en los Países Grancolom- bianos;	Delegación de Vene- zuela y Ecuador	So Qu tr

<u>Tipo de Actividad</u>	<u>Tema</u>	<u>Participantes</u>	<u>Resolución</u>
(Noviembre de 1967)	Función Social de los Estudiantes de Medicina. Socialización de la Medicina. Programa de Coordinación estudiantil Grancolombiano.		Enseñar Creación Preparación sores Organización sión Un De Serv De la A Medicina
IV Congreso Nacional (Noviembre 1968)	Unificación de Planes de Estudio	Delegación de las tres Facultades	Pedir resolución nal de Formación iniciación cátedras
IV Jornadas Médico Estudiantiles.	Los fenómenos de Hipersensibilidad y alergia en el campo experimental Poliomié- litis.	Delegación de las tres Facultades	
	Programas de Extensión Universitaria.	Delegación de las tres Facultades	

Tipo de Actividad

Tema

Participantes

I. Encuentro Bolivariano  
de Estudiantes de Me-  
dicina  
(Noviembre de 1968)

Proyección Social de Estu-  
diantes de Medicina.  
Planes de Estudio y coope-  
ración entre los Estudian-  
diantes de Medicina.

Delegación de Ecua-  
dor, Venezuela, Perú  
y Bolivia.

V Congreso Nacional  
(Noviembre de 1968)

Estudio y evaluación  
de las Resoluciones  
de los Congresos de  
Estudiantes de Medi-  
cina y Seminarios de  
Educación Médica

Delegación de las  
tres Facultades

V Jornadas Médico Es-  
tudiantiles

Delegación de las  
tres Facultades.

<u>Tipo de actividad</u>	<u>Tema</u>	<u>Participantes</u>
I Seminario sobre la enseñanza de Ciencias Morfológicas. (Diciembre de 1968)	Estudio de la situación actual de las tres facultades y sus proyecciones futuras.	Profesores y Delegados Estudiantiles de las tres Facultades
I. Seminario sobre la Enseñanza de Ciencias Fisiológicas (Abril de 1969)	"	"

Publicaciones:

=====

Memorias del III y IV Congreso y Jornadas Médico-Estudiantiles.	Dos volúmenes	Estudiantes de Quito y Cuenca
GRITO. Organó Oficial de ANEME+	Dos volúmenes	Estudiantes de Quito y Cuenca
Revistas de cada Asociación.	Tres números	Estudiantes de Quito, Cuenca y Guayaquil.
Estudiantil Filir de ANEME		
Memorias del I Curso Internacional de Endocrinología		Estudiantes de Quito.

(+) ANEME: Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina del Ecuador.

## 2: ANALISIS DE LAS SITUACION ESTUDIANTIL:

De la revisión cuidadosa de la situación presentada podemos deducir que la actividad estudiantil puede orientar a la consecución de un mayor rendimiento en las Facultades de Medicina tanto en el aspecto docente, investigativo y de servicio a la comunidad, mediante la aplicación de un programa de trabajo establecido, con participación de profesores y estudiantes, que según nuestro criterio y que ponemos a vuestra consideración en el afán de discutir, intercambiar experiencias y producir un documento básico que nos permita al regresar a nuestros países poner en práctica en beneficio de la Ecuación Latinoamericana las resoluciones adoptadas, es el siguiente:

## 3: PROGRAMA DE TRABAJO:

### Participación estudiantil en las labores docentes y de investigación:

#### 1.- Objetivos:

- a) Mantener el diálogo permanente entre profesores y estudiantes;
- b) Promover en el estudiantado mayor sentido de corresponsabilidad en la vida universitaria.
- c) Fomentar en el alumnado la aplicación del método científico, la planificación de trabajos experimentales, la consulta bibliográfica y las científicas, como parte fundamental en su formación profesional;
- d) Estimular la formación de docentes universitarios, mediante la orientación y preparación desde la etapa de pregrado.

#### 2.- Como medios para alcanzar los objetivos programados tenemos:

- 2.1 Patrocinar la coordinación del trabajo estudiantil extra-cátedra, mediante la organización de Asociaciones de Estudiantes a nivel local, nacional e integral, que permita a directivos y profesores tener criterio estudiantil no como aporte individual, sino por el contrario como producto del trabajo en equipo, de la discusión serena y productiva basada en las experiencias de carácter local y nacional.
- 2.2 Como consecuencia del punto anterior, realizar reuniones locales y nacionales, ya sean con el carácter de Pre-Seminarios, Congresos o Jornadas Médico-Estudiantiles lo que constituirán una medida saludable y constructiva, que permitirá mantener una actitud de constante trabajo, revisión e intercomunicación a nivel estudiantil, alumno-profesor y profesor-directivos.

- 2.3 Mantener la participación de delegaciones estudiantiles en los Seminarios de Educación Médica organizados por las Facultades de Medicina que permita exponer libremente sus diversos puntos de vista la evaluación de la enseñanza, aprendizaje, promoción estudiantil, etc.
- 2.4 Iniciar la labor formativa de los estudiantes para futuros docentes, como ayudantes de cátedra o departamento, con funciones específicas a cumplir en forma progresiva.
- 2.5 Realizar trabajos científicos sobre temas de interés local, nacional o internacional con la colaboración directa del profesorado.
- 2.6 Mantener órganos de publicidad estudiantil, que sirva a los estudiantes como estímulo para la realización de sus trabajos de investigación.
- 2.7 Revisar constantemente los trabajos cumplidos por el estudiantado, que facilite su evaluación y compaginación con las proporciones y directivas dadas por el profesorado.

**2.- PARTICIPACION ESTUDIANTIL EN PROGRAMAS DE SERVICIO A LA COMUNIDAD: EXTENSION UNIVERSITARIA. SEGUN EL SIGUIENTE PLAN:**

**Objetivos:**

- 1.- Formación de profesionales con sentido de responsabilidad técnica, científica, humanística y social, que sientan y vivan la problemática económica y sanitaria del país.
- 2.- Integración a nivel universitario de equipos de trabajo que facilite en el futuro el mejor cumplimiento del ejercicio profesional.
- 3.- Acción de servicio de la universidad a la comunidad a través de culturización, prestación de servicios e investigación de sus problemas con el objeto de ayudarla en sus esfuerzos para desarrollar su propio potencial humano.

**Organización:**

- 1.- Organizar los programas de extensión universitaria en función de las Facultades de Medicina, Odontología, Ingeniería, Enfermería y Ciencias de la Educación, particularmente a través de los Departamentos de Salud Pública, el que tendrá a su vez la responsabilidad de la coordinación con los otros Departamentos de las Facultades, Instituciones Médico-Asistenciales y Desarrollo Socio-Económico. Los estudiantes de cada uno de los Departamentos de la Facultad conforme al plan de estudios, rotarán por los puestos de trabajo, bajo la supervisión del personal docente y técnico responsable de la marcha del programa.

## 2.- Áreas de trabajo:

Contar con dos áreas de trabajo:

Una urbana; y,

otra rural

Áreas en las que la acción debe ser continua y progresiva para garantizar la seriedad y efectividad del programa.

## 3 - Facilidades Físicas:

El programa, tanto a nivel urbano como rural, contará con locales adecuados y con equipo suficiente.

## 4 - Financiación:

El programa tendrá una financiación adecuada y estable, en base de aportaciones de la Universidad, Ministerio de Salud, Seguro Social, etc., a más del aporte de la comunidad.

## 5.- Desarrollo del Programa:

En la realización del programa, cumplir las siguientes etapas:

1.- Cursillo preparatorio: Para todo el personal que va a trabajar en extensión universitaria, el mismo que será lo más completo posible, práctico y orientado a que los participantes sepan y comprendan el espíritu del programa sus alcances, el sistema a seguirse y sus mecanismos de acción.

2.- Motivación de la comunidad: valiéndose de reuniones periódicas con las directivas barriales o juntas comunales para explicarle en qué consiste el programa la participación de la comunidad. Más adelante, las reuniones se promoverán con grupos más numerosos, especialmente con padres de familia, profesores, dirigentes, espirituales, etc., con el objeto de lograr la aceptación del programa y el interés por su cumplimiento, al mismo tiempo que la conformación de un Comité Directivo que se responsabilice de la participación de la comunidad en el desarrollo del programa.

### 3.- Censo general de la población y encuesta socio-económica.

De acuerdo a las técnicas conocidas, con el objeto de conocer concienzudamente el universo sobre el que se va a actuar.



- 4.- Conferencias al público en general. sobre temas de salud pública, enfocadas de una manera sencilla, clara y al alcance de los conocimientos del auditorio. En esta etapa, los estudiantes deben asistir como oyentes, fundamentalmente, para fomentar el diálogo entre los asistentes, para conocer más profundamente las diversas características socio-culturales de los habitantes del área seleccionada.
  
- 5.- Etapa de servicio. si tomamos en cuenta que nuestra población principalmente está formada de niños, es necesario, iniciar esta etapa cubriendo las necesidades de atención médica pediátrica en su más amplio sentido, para luego cubrir el sector prenatal y la consulta general. Una vez iniciada esta etapa, la participación estudiantil será dirigida, comentada y evaluada para despertar en él, sensibilidad a la comprensión de las diversas fasetas de la profesión médica, tanto en lo que se refiere a atención individual, familiar y colectiva. En esta etapa, por otra parte, se iniciará el servicio odontológico, tanto en el aspecto preventivo, como curativo. Cuando la etapa de servicio está en marcha, es cuando se debe integrar el trabajo con otras Facultades y Escuelas, ya que en estas condiciones la comunidad está más sensibilizada y ha recibido una ayuda efectiva para la solución de una de sus necesidades más imperiosas: LA SALU.
  
- 6.- A medida que el programa se desarrolla, tanto los dirigentes como los estudiantes tienen que mantener reuniones periódicas con el Comité Coordinador y los líderes de la comunidad para analizar los resultados obtenidos y las modificaciones que deben efectuarse o las soluciones a aplicarse en forma mediata o inmediata.
  
- 7.- En las horas nocturnas y los días feriados, los servicios prestados a la comunidad, tienen que ser complementados con actividades culturales, sociales y deportivas, cumpliendo así una popularización cultural, social y deportiva.
  
- 8.- Si al hablar de financiación se indicó que tiene que haber contribuciones de diversos tipo, los directivos de Extensión Universitaria, están en la obligación de dar a conocer la valoración periódica del programa, y, lo que es más la planificación anual del mismo.

#### COMENTARIO:

De la experiencia vivida en el Ecuador en éstos dos últimos años, creemos que los pasos dados en la orientación del estudiantado han sido favorables, a pesar de los errores cometidos y de las dificultades existentes, que necesariamente, tendrán que rectificarse para poder continuar adelante.

Los resultados obtenidos en el aspecto clasista, quedan claramente expuestos en la síntesis presentada al iniciar nuestra exposición en tanto que, la evaluación de los resultados en el campo docente, investigativo y de servicio a la comunidad, habrá que esperar que transcurra el tiempo para poder conocer sus resultados. Están en vigencia en nuestras Facultades la ejecución de trabajos monográficos, la iniciación de ayudantías en cátedra y programas de extensión universitarias manteniendo los principios generales que hemos expuesto.

Las principales dificultades y fallas cometidas, podemos agruparlas en dos niveles.

- a) a nivel estudiantil, debido principalmente a la falta de continuidad en sus trabajos, divulgación y análisis de las resoluciones y recomendaciones emanadas del Congreso, Jornadas y Seminarios y, por último, a la no existencia de un compromiso mayoritario del estudiantado.
- b) A nivel del profesorado, la no participación franca y decidida antes durante y después de los certámenes estudiantiles, lo que ha repercutido en la falta de organización, motivación y encausamiento de la actividad desplegada por los alumnos.

CAMINOS Y PROGRAMAS PARA FOMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA

Documento básico para discusión en la segunda mesa redonda.

Dr. Rubén Vasconcelos.

Al examinar en amplia perspectiva las implicaciones del tema y considerar las variadas inquietudes manifiestas en opiniones de maestros y directores de escuelas médicas de Latinoamérica, solicitamos y obtuvimos de la Secretaría General de la UDUAL, la anuencia para hacer una exposición franca y plantear aspectos fundamentales del problema, sin inhibirnos porque, de esta manera, sea preciso suponer la necesidad de cambios substanciales en las instituciones de enseñanza médica, sea en sus currícula, sean en sus estructuras o simplemente en su administración. Por estas razones los invitamos a examinar el problema en sus raíces.

El momento es oportuno y grande la responsabilidad de realizar a fondo tareas como la que ahora nos congrega. Aceptemos la realidad por todos conocida, y a partir de ella, los motivos que podamos tomar por justificantes o sólo como estímulos para el estallido de tantas inconformidades y repulsas cuya aparición, cada vez más frecuente y extensa, preocupa con razón a educadores y gobernantes.

Espeñémonos pues en desentrañar la esencia de los desaciertos en la educación médica; por reconocer el evidente divorcio entre nuestras escuelas y las necesidades reales de nuestros pueblos, carentes aún de la medicina eficiente y humanitaria que deberíamos proporcionar. Escuchemos la voz de nuestros jóvenes médicos, alejados a menudo de sus nobles ideales, prisioneros en la red inexorable de los intereses creados y las envejecidas rutinas docentes.

Por otra parte, consecuentes con el propósito expreso en la primera mesa redonda de esta Conferencia, de fomentar la aplicación de las recomendaciones formuladas en reuniones anteriores de la Unión, fundaremos muchas de nuestras opiniones en los informes y comentarios de varios de los distinguidos participantes en la V Conferencia (Lima).

Antes de formular nuestras proposiciones haremos breve revisión, y sólo en sus aspectos fundamentales, de los siguientes asuntos:

- 1.- El estado actual de la enseñanza médica.
- 2.- Los aspectos doctrinarios de la medicina en:
  - a).- Sus bases científicas.
  - b).- La investigación.
  - c).- La especialización.

3.- La práctica médica. Sus modalidades, tendencias y problemas .

4.- El estudiante y el médico novel. Sus ideales y su realidad.

1.- Sin referirnos a ningún país en lo particular, exponemos aquellas opiniones sobre las que hay consenso en nuestra región.

En lo cuantitativo, la afirmación del talentoso maestro chileno Hernán Romero, es decisiva: "como conjunto América Latina tiene tal apremio de aumentar la producción de médicos que todos los empeños serán insuficientes... aún si la duplicara de inmediato, transcurrirían unos veinte años antes de alcanzar las tasas que se juzgan hoy medianamente satisfactorias".

1) Sin embargo, la insuficiencia cuantitativa, aceptada escuetamente, no expresa lo fundamental; por eso Gonzalo Aguirre Beltrán y José Neyra Ramírez afirmaron ser indispensable, para calificar exactamente esa aseveración, "... un conocimiento actualizado de los problemas sanitarios de cada país, y su correcta evaluación" 2) Agregaron más adelante, la necesidad de ajustar la tasa óptima médico-habitantes, a la consideración específica y realista de las condiciones geográficas, demográficas y culturales de cada país, lo mismo que la debida valoración de su desarrollo sanitario y los recursos nacionales disponibles; en resumen, dijeron, es necesario "... un conocimiento previo de cada país y de sus necesidades actualizadas así como la planificación de programas integrados de desarrollo" 3) y concluyeron: "Incrementar el número de profesionales sin prever su aprovechamiento no parece conveniente. La Universidad debe formar el número de médicos que la comunidad y el Estado puedan emplear eficazmente en programas de salud vigentes y en desarrollo. El equilibrio entre la producción y la demanda de médicos... se considera esencial"4).

Estas conclusiones, apoyadas en muy documentados estudios, concuerdan con nuestras realidades y no necesitan mayor comentario.

Si ahora tratamos de examinar aspectos cualitativos, encontramos desde luego mayor complejidad, pues por razones bien conocidas la educación médica en nuestros países no sigue programas ni procedimientos uniformes, ni cuenta con recursos similares. El resultado es la existencia de un verdadero mosaico educativo, el cual constituye, muy posiblemente, uno de los problemas cuya solución beneficiaría indudablemente a nuestros estudiantes facilitando un intercambio a todas luces benéfico para la integración y el desarrollo de la región.

1) U.D.U.A.L. V. Conf. de Facs. de Med. de L. A. 1967, Lima Perú pág. 65.

2) Ob. Cit. pág. 123.

3) Ob. Cit. pág. 124.

4) Idem.

A reserva de examinar el contenido de los programas de enseñanza en el siguiente apartado, agregaremos aquí algunos comentarios sobre ciertas características del sistema educativo de la medicina entre nosotros, responsables a nuestro juicio, aunque sólo sea parcialmente, de las deficiencias señaladas.

Ya nos hemos referido a la rigidez de los estudios; con pocas variantes, el currículum de la carrera de medicina es, esencialmente, el mismo; la duración de los estudios muy semejantes y en todas partes el estudiante de medicina debe serlo de tiempo completo. No tiene, pues, facilidades para desempeñar labores remuneradas y ser autosuficiente en lo económico. Es decir, seguimos concibiendo a la medicina como una sola profesión y luchamos dencdadamente para incluir en su programa de estudios, todos los avances que en volumen creciente aparecen en los distintos campos de la medicina; es así como faltan horas al día, meses a los años y años a la carrera médica. De hecho el joven médico, después de su graduación debe permanecer dos o tres años más en algún hospital si desea adquirir el adiestramiento práctico indispensable para ejercer su profesión en forma autónoma.

Lo anterior significa que concebimos a la medicina como una difícil y compleja profesión única, cursada la cual, lograremos, si dedicamos todavía mayor tiempo y esfuerzo, estudiar un aspecto parcial de ella es decir, una especialidad.

Estas últimas, a su vez, se van haciendo cada vez más complejas y aún se van subdividiendo, pues quienes las ejercen encuentran difícil o indeseable, cultivar todos los conocimientos de cada campo especializado; aparecen entonces las paradojas, los especialistas son cada vez más limitados en sus propios dominios y pronto olvidan los conocimientos generales, tan superficialmente conocidos en la escuela. Es así como el examen concienzudo de un paciente requiere, irremisiblemente, el concurso de varios especialistas a pesar de lo cual en ocasiones no queda resuelto el problema, porque muy a menudo ninguno de ellos es capaz de alcanzar la sín tesis conceptual indispensable para fundar la terapéutica integral que todo caso clínico demanda.

¿No sería entonces aconsejable reconocer que en nuestros días la atención clínica demanda el concurso de muy diversas actividades, confundidas bajo el nombre común de medicina? ¿y no sería también conveniente estudiar una mejor jerarquización y coordinación de los estudios médicos?

De emprender y dar cima a esas tareas, podríamos lograr la solución de situaciones que en la actualidad producen confusión y desasosiego, tales como la sorda y a veces abierta pugna entre médicos generales y especialistas, la creciente dificultad sufrida por el médico en ejercicio, para mantener sus conocimientos al paso con el progreso doctrinario; la progresiva independencia en el desarrollo de especialidades y aún de ramas enteras de la profesión, con lo cual se dificulta a la población la oportunidad de utilizar los beneficios de nuevas disciplinas y se descuida el cultivo de ellas. Todo esto revierte sobre las escuelas médicas y

y presiona para la creación de nuevas cátedras, la modificación de programas o el aumento de equipo, todo lo cual puede crear nuevos problemas y no resolver, a fondo, la mejoría o incremento en la verdadera educación médica.

Y si volvemos la mirada hacia los jóvenes médicos o estudiantes, ¿podríamos afirmar sin titubeos que no hay posibilidad para que simultáneamente con sus estudios desarrollen una actividad remunerada? ¿en ninguna parte podría la sociedad aprovechar sus conocimientos antes de que terminen la totalidad de "la carrera"? ¿y es cierto que cuando la concluyan serán en verdad médicos cabales? Si somos francos, aparecerá por lo menos la sospecha de que estamos glorificando viejas imágenes, de que tratamos de ignorar las nuevas realidades. Ni la medicina es tan sencilla como antaño, para aprenderla en su totalidad, o por lo menos en lo fundamental en cinco o en ses años, ni el estudiante debe seguir obligado a vivir a expensas de su familia, o de una beca, o simplemente de milagro, hasta terminar sus estudios formales. También resulta cada vez más discutible lo necesario y útil de esa larga, tediosa y arbitraria secuencia de estudios concebida cuando por medicina se entendía lo que hoy denominamos la clínica, pues entonces no se habían desarrollado suficientemente ni las ciencias biomédicas ni las actividades sanitarias; en nuestros días dichas disciplinas se han convertido en vigorosas ramas de la medicina tradicional o clínica, sin cuyo concurso esta última perdería su vigor y hasta su razón de ser. Ante estos hechos resulta muy dudosa la justificación de la secuencia que siguen ahora los estudios médicos, y por poco que meditemos, encontraremos muy discutible, decíamos, que el estudiante deba sujetarse a ella para lograr, al cabo de diez o doce años, ejercer un aspecto de la medicina, pongamos por ejemplo, de las ciencias médicas como la fisiología, la bioquímica o la farmacología, que pudieron haberlo fascinado en los primeros años de sus estudios, pero cuyo cultivo le estuvo vedado mientras no terminara el estudio, somero y precipitado, de tantas otras disciplinas ajenas a su interés y sobre todo, al campo científico que deseaba cultivar.

Resulta entonces evidente la conveniencia de diversificar los estudios médicos, de olvidar su ya inoperante rigidez, con lo cual lograremos, por una parte permitir a los estudiantes la liberal expresión de sus aficiones, el mejor desenvolvimiento de su vocación y el cultivo temprano de sus talentos; por la otra, dar a los estudios médicos una nueva estructura más acorde con su gran crecimiento, con sus nuevas bases científicas, biológicas y sociales y con su progresiva ramificación en diferentes áreas especializadas. Así podría eliminarse el apresuramiento de los estudios y su creciente carácter enciclopédico, pues ahora, en los estudios médicos, están confundidas y sólo parcialmente expuestas varias profesiones distintas, totalmente diversas en sus procedimientos y contenidos, aunque unánimes en su propósito de estar al servicio de la salud.

2.- Llegamos así al examen de los aspectos doctrinarios de la medicina, de los cuales examinaremos sucesiva y brevemente, a).- bases científicas, b).- investigación y c).- especialización.

a) Nadie discute ya el lugar de las ciencias biológicas en el desarrollo de la medicina y todos conocemos también el rápido in-

cremento en el campo de cada una de ellas. De allí deriva la necesidad y conveniencia de su cultivo temprano y no hasta bien entrada la tercera década - de la vida, cuando ya hemos obtenido el grado de médico. Están en este caso la fisiología, ya citada, y otras como la embriología, la genética o la farmacología. Pero la evolución de la medicina ha excedido los campos propios y tradicionales de la biología; así por ejemplo, como consecuencia de las - modernas corrientes de la psiquiatría, apareció un nuevo concepto de la psicología que tiende a incorporarla, cada vez más francamente, a la biología; así el campo de esta ciencia se amplía al atribuirle la investigación de los fenómenos más complejos observables en los seres vivos, y sólo en ellos los fenómenos psíquicos, con lo cual esta disciplina se verá liberada del peso de lo metafísico.

Pero no sólo la biología muestra crecientes conexiones con la medicina; también las ciencias sociales se acercan a nosotros, o los médicos nos acercamos a ellas; aquí también la psicología, bajo su aspecto - de ciencia de la conducta, nos ha servido de nuevo enlace, pues ya la medicina preventiva, al pugnar por la modificación del ambiente, había dado de lle no en la raíz de tantos problemas sociales provocados por la insalubridad y la pobreza.

¿Podemos o debemos entonces empeñarnos en mantener la limitada imagen clásica de la medicina como el estudio y el tratamiento de la enfermedad somática del individuo?

Más bien aparece perentoria la necesidad de revisar nuestros conceptos y rehacer la estructura de nuestras escuelas para que - puedan servir al cultivo de las nuevas corrientes de la moderna medicina; - ya no sólo de la que ha vencido a las infecciones, a la mortalidad materna o bien a las epidemias, sino de la cada día más perfeccionada medicina pre-ventiva que no conforme con el saneamiento del medio quiere estudiar la po-sibilidad de evitar que el hombre, o sus actividades, sean agentes patóge-nos para sus semejantes; así es como la medicina social desarrolla sus in-vestigaciones sobre la criminalidad, el alcoholismo, o los efectos deleté-reos del hacinamiento de los seres humanos empeñados en su maquinismo cre-ciente.

Es oportuno recordar aquí una de las conclusiones de Gonzalo Aguirre Beltrán al hablar de la formación del médico latino-ameri-cano "En los países mestizoamericanos, con mayor urgencia que en cualquier otro de Latinoamérica, la inclusión de las ciencias sociales en la forma-ción del médico, es indispensable" 5. La razón en que apoya esta conclu-sión la encuentra en esta idea"... la innovación de la medicina moderna... amerita un conocimiento integral del orden social y cultural indios que só lo la antropología social puede suministrar" 6.

b).- El problema de la investigación en medicina pue de ser considerado como parte del gran problema de la especialización, pues en realidad el investigador al que pudiéramos llamar "profesional", difícil mente podrá ejercer, a la vez, la clínica, o la cirugía, o cualquiera otra actividad de la praxis médica, simultáneamente con las tareas de la verda-

5. Ob. cit. pág. 48

6. Idem.



dera investigación científica, sea en disciplinas médicas, biológicas o sociales; es decir, el investigador es un especialista, el de mayor importancia tal vez para los avances substanciales de la medicina, pero ello no supone que todo médico, que todo especialista, deba ser un investigador para ser un buen profesional. Esta aseveración sería peligrosa y falaz por exagerada y porque la aceptación de ese criterio lleva a la posibilidad de fomentar investigación improvisada y sin los elementos intelectuales o técnicos que permitan la realización de tareas valiosas por originales y dicitadas.

c).- La especialización es probablemente uno de los problemas de mayor importancia, no sólo de la medicina, sino de todas las profesiones y actividades modernas. En el caso particular de la medicina, hemos citado ya los conflictos entre médicos generales y especialistas, cuyos orígenes pueden ser localizados en el "status" superior que se concede al especialista, otorgándole además, "una mejor retribución económica". Estos criterios están ya tan generalizados, que como lo expresaron Morones y Novelo, "... se ha creado progresivamente... entre los profesionales jóvenes y los estudiantes de medicina, un sentimiento de desdén y de menosprecio hacia la medicina general, y una valoración hipertrofiada de la importancia de la especialización"<sup>7</sup>.

El problema es universal y así vemos cómo otros autores, por ejemplo Arthur Jores, en Alemania, afirmó hace ya casi diez años: "... Hay ahora tres especies de medicinas, la universitaria, la hospitalaria y la del médico general; ... (siendo semejantes) las dos primeras, ... la tercera difiere enteramente de ambas" <sup>8</sup>. Debemos advertir que todo esto se refiere apenas a la esfera de la medicina clínica, pudiendo agregarse todavía las divergencias relativas a la medicina preventiva, la medicina social y la administración médica, la cual es calificada por Hernán Romero con rigor excesivo o quizá con desaprensivo humor, como el desempeño de "menesteres domésticos" <sup>9</sup>.

Como puede desprenderse de lo anterior, existen buenas razones para plantearnos, como lo haremos más adelante, la necesidad de corregir esta situación, a todas luces inconveniente y motivo de complicaciones y deficiencias evitables.

3.- Veamos ahora lagunas realidades de la práctica médica, esfera en la cual es más imperativa la necesidad o la conveniencia de propiciar cambios substanciales y efectivos en beneficio de la población pues como ya lo hemos señalado, existe una real divergencia entre el tipo de actividad médica adecuada para las mayorías de nuestras poblaciones indígenas o mestizas, y la preparación de los médicos en las escuelas, o la imagen que en ellas se forjan de lo que debe constituir el ejercicio profesional

7.- Ob. cit. pág. 33

8.- Jores, A. La Med. en la crisis de nuestro tiempo. Ed. Siglo XXI, Méx. pág. 41.

9.- U.D.U.A.L. Ob. cit. pág. 68.



deseable. Ya nos hemos referido al trabajo de Aguirre Beltrán y Neyra Ramírez, quienes al comentar la actitud del médico frente a la promoción del desarrollo de nuestros países, afirmaron que en la Universidad el estudiante de medicina se forma una imagen socio-cultural del médico que lo orienta hacia la búsqueda del éxito profesional -y económico- en el ejercicio privado de la profesión lo cual explicaría... "el aparente desinterés del médico en su rol como promotor del desarrollo" 10.

Es también oportuno referirnos aquí nuevamente a Arthur Jores, pues las divisiones propuestas por él para la medicina incluye, notoriamente, a su práctica. En el hospital y en la Universidad, nos dice, el estudiante se ocupa en el estudio científico y técnico de un grupo de pacientes seleccionados más de acuerdo con los intereses de las instituciones en donde recibe el servicio, que con la opinión del paciente o de sus familiares sobre la enfermedad. Si esto en principio no es criticable, sí en cambio es revelador de la tendencia unilateral o limitada fatalmente establecida como base de esa selección, en pugna con el hecho de que en la práctica privada de todo médico -general o especializado- se encuentra una elevada proporción de pacientes en quienes predominan factores imponderables o difícilmente demostrables por procedimientos técnicos, como determinantes de la enfermedad. Muy particularmente corresponden a esta variedad, muchas de las enfermedades clasificadas entre las psicósomáticas y algunas otras de evolución insidiosa.

El médico novel, educado preferentemente en el ámbito hospitalario, experimenta a menudo dificultad o frustración frente a esos casos con los que no está familiarizado, pues la medicina tecnificada por lo común los rechaza o los elimina de su campo de actividades.

Es verdad indiscutible que las instalaciones hospitalarias modernas han registrado considerable incremento y mejoría en nuestros países, y es también un hecho la impresionante reducción en las cifras de mortalidad, tanto infantil como de adultos; donde empiezan las dudas y discusiones es un punto a discernir el papel de la medicina en este abatimiento de la mortalidad y cuando se quiere fijar con precisión el papel social y humano de la medicina clínica altamente tecnificada.

No es raro escuchar voces discrepantes o francamente críticas que expresan escepticismo o franco rechazo para la estructura y orientación de la medicina clínica moderna y hacen ver la necesidad de revisar a fondo su funcionamiento y corregir sus errores. En nuestra región, A. Heredia-Duarte 11, del Hospital Infantil de México, expuso juicios críticos y reflexiones relativos a la influencia de la medicina asistencial (o clínica) mexicana en la disminución de los coeficientes de mortalidad en nuestro país.

10.- Ob.cit. pág. 49

11.- Heredia-Duarte, A. Gac. Med. Méx. 98: 488- 1968

Con datos estadísticos muestra la correlación existente entre los coeficientes de mortalidad y los índices de saneamiento ambiental y consumo de alimentos. En cambio, no existe ninguna correlación entre los coeficientes de mortalidad y el número de médicos, habiéndose observado además el hecho paradójico de que en una zona en donde se cuenta con un médico para 645 habitantes y 4.4 camas de hospital por mil habitantes, la mortalidad general para esa misma proporción fue de 10.1 y la infantil de 85.0 por mil nacidos vivos; en contraste, en la zona del país con mayores carencias clínicas, con sólo un médico por 4.598 habitantes y 0.98 camas de hospital por mil, la mortalidad general fue de 13.3 por mil y la infantil de sólo 70.0 por millar de nacidos vivos.

Si interpretamos estos hechos en forma serena y ecuánime, la única válida en ciencia, la conclusión será que mientras la escasez de servicios médicos podría ser responsable de la mayor mortalidad de adultos -de 13.3 contra 10.1- esa misma carencia coincidió, en cambio, con un índice mucho menor de la mortalidad infantil -85.0 en la zona con atenciones médicas y 70.0 en la región casi desprovista de ellas-. Esta paradoja resulta inexplicable a quienes se empeñan en cerrar los ojos ante las limitaciones y errores de la actual medicina clínica; pero con esta actitud nada aportan a la compleja tarea de eliminarlos.

Por otra parte estas cifras mexicanas son juego de niños si las comparamos con las publicadas por Battistela y Southby 12 sobre la medicina norteamericana, la cual, a pesar de disponer del 6% del producto nacional bruto de su país, lo que representa cantidades del orden de los cincuenta mil millones de dólares anuales; a pesar de ese verdadero río de oro, no ha logrado una disminución correlativa de la mortalidad, pues comparándola con la de países europeos que gastan a lo sumo el 4.5% de su ingreso nacional bruto, Estados Unidos ocupa el sexto lugar entre ellos en mortalidad general, y desde 1960, el último en mortalidad infantil, por ejemplo en Nueva York, es de 43 por mil para negros y 22 para blancos. Otro estudio, realizado también en N. York, reveló que el 42% de las muertes infantiles podría haberse evitado, y en el 75% de esos casos se encontraron, como determinantes, errores en el juicio médico o en la técnica. Terminan diciendo "... es evidente que la medicina americana está seriamente enferme y necesita terapia y rehabilitación".

A nuestro modo de ver, las investigaciones aquí resumidas muestran muy claramente el progresivo desajuste entre la práctica clínica y los problemas sociales y de salud pública, cada vez más complejos en todos los países.

4.- El estudiante y el médico novel. Sus ideales y su realidad.

Después de lo dicho no parece necesario ocupar mucho tiempo en describir la desventajosa y precaria situación actual de los estudiantes

12.- Crisis in American Medicine. LANCET, 7542, Mar. 16, 1968

de medicina y de los médicos recién egresados de nuestras escuelas y facultades. Las tendencias dominantes, lo hemos señalado ya, son para el estudiante la de considerarlo ocupado "a tiempo completo" en sus obligaciones escolares y además, casi totalmente incapacitados para el ejercicio de actividades calificadas dentro del campo de la medicina.

Para el médico recién graduado, las alternativas no son mejores; si desea incorporarse a la práctica en grandes ciudades, el único camino para hacerlo evitando el atrazo, es continuar estudios de post-grado, sea en su propia ciudad o país, o en lugar distinto. Si por alguna razón esto no se logra, o si se resigna a un modesto acomodo como "médico general" en un poblado pequeño, o en el medio rural, también habrá de emigrar, pero en este caso hacia lugares de menor desarrollo médico y social.

En ambas alternativas el médico queda como factor muy secundario en el avance del país, a pesar de su prolongado y complejo esfuerzo. Su orientación por lo común es confusa, pues si teóricamente va a luchar por la salud y bienestar de sus semejantes, en realidad sus maestros lo han adiestrado, preferentemente, en la curación de la enfermedad "sin reparar en gastos ni en esfuerzos". Por lo demás, esta educación es congruente con la actitud del público que ocurre al médico en busca de curación y sólo en raras ocasiones para prevenir la enfermedad. Por eso nuestras escuelas no enseñan en forma predominante a conservar la salud, sino a luchar contra la enfermedad y en la práctica es muy distinto nuestro quehacer para mantener sanos a los individuos, que para curar a quien ha enfermado.

En resumen, la medicina está organizada en función de la enfermedad; la salud se concibe no a priori, como condición de vida plena, sino a posteriori, como resultado de la lucha médica contra la enfermedad.

Ahí encontraremos un poderoso motivo de reflexión y un punto de partida para plantear reformas substanciales e indispensables si hemos de lograr el propósito que nos preocupa.

Examinado así el panorama y antes de recomendar los caminos y programas óptimos, parece indispensable aclarar cual debe ser el trabajo más eficiente de las Facultades de Medicina; la respuesta no es difícil, nuestras escuelas deben preparar médicos en la cantidad adecuada y de la calidad necesaria para atender, en sus respectivas jerarquías y monto, las siguientes necesidades de las poblaciones: Conservación de la salud orgánica, psíquica y social; curación de los enfermos; preparación de nuevos médicos; profundización y actualización de los conocimientos de los profesionales y cultivo de la investigación bio y socio-médica.

Esta dilatada gama de actividades no podrá ser cubierta sin establecer una permanente colaboración de las escuelas con todos los organismos sociales y gubernamentales responsables del bienestar de la salud pública, de la seguridad social y de otros procedimientos establecidos para proporcionar servicios sanitarios, curativos o asistenciales. Mantener aislada la preparación de los médicos de los lugares en donde realizarán sus funciones, es un error costoso, funesto y evitable a corto plazo si nos decidimos a corregirlo.

Trataremos pues de fijar algunas premisas sobre las cuales apoyaríamos las proposiciones acerca de los caminos y programas adecuados para el mejor aprovechamiento de la actividad del alumnado dentro del nuevo esquema aquí delineado; ellas serían:

a) La escuela médica prestará igual atención a la enseñanza de la salud pública, la clínica y las ciencias médicas, tanto biológicas como sociales.

b) Siendo imposible para el individuo abarcar en su totalidad las disciplinas inherentes a todos esos campos, se fomentará la diferenciación de los estudios en acuerdo con vocaciones y aptitudes de los estudiantes, así como con necesidades de salud pública, de evolución social y de servicios médicos de cada país.

c) En el contexto de la medicina moderna, las variadas disciplinas particulares que la integran pueden ser distribuidas en cuatro categorías, independientemente de los enlaces jerárquicos o de precedencia necesarios entre ellas. Tendríamos así: I.- Disciplinas fundamentales para todas las ramas médicas. II.- Disciplinas fundamentales para alguna rama en particular. III.- Disciplinas accesorias pero comunes a varias ramas. IV.- Disciplinas accesorias y particulares para una de las ramas médicas aquí consideradas.

d) Aceptada la inevitable diferenciación de los estudios médicos, los programas habrán de ser flexibles para los casos particulares y contemplarán la ramificación progresiva; permitirán en todo caso el cambio oportuno de una rama a otra de estudios, pero señalando siempre las disciplinas indispensables para organizar la nueva situación, de acuerdo con las categorías establecidas en c).

e) El contenido de los programas de estudio y los criterios de precedencia en el estudio de las distintas disciplinas se fijarán obedeciendo a dos propósitos esenciales: I.- Enseñar la medicina como el conjunto de ciencias de la salud y desarrollar, por eso, en todo médico el razonamiento y el uso adecuado de los métodos científicos. II.- Establecer la participación de los estudiantes, cualquiera sea la rama médica que estudien, en actividades prácticas de utilidad social y académica, lo más pronto posible en el curso de los estudios y como parte esencial de éstos.

f) La experiencia acumulada en los últimos decenios, en el mundo entero, permite afirmar la superioridad indiscutible de la medicina preventiva sobre la curativa para la solución de los problemas de salud pública, cada vez más extensos y complejos en la sociedad moderna; en consecuencia, los conocimientos fundamentales de esta rama de la medicina deben tener máxima prioridad y ser catalogados en la categoría I propuesta en la premisa c).

g) Es importante para todas las escuelas médicas de la región planear el ejercicio de sus actividades en acuerdo con los organismos sociales o gubernamentales responsables de la salud pública y de la atención médica de la población, no sólo en los aspectos académicos, sino en la educación práctica de los alumnos y por ende, en la distribución de profesores

de medicina en los diversos servicios médicos para la realización simultánea de sus funciones docentes y médicas.

h) De acuerdo con el propósito II indicado en la premisa e), todo estudiante de medicina tendrá la obligación de realizar actividades complementarias o auxiliares en la atención sanitaria o médica de la población. La remuneración correspondiente será aplicada, mediante reglamentaciones adecuadas en cada país, a las necesidades del estudiante y al financiamiento de la educación médica.

Bajo la guía de estas ocho premisas es posible estructurar el currículum de los estudios médicos en tres etapas sucesivas:

1a.- EDUCACION BASICA. Estará orientada hacia la familiarización del estudiante con el razonamiento metódico y con los principios científicos de la medicina, tanto los biológicos como los sociales. En su etapa más avanzada el estudiante se ocupará en el conocimiento de las técnicas y procedimientos de la medicina.

Además de las materias esenciales y universales, el estudiante podrá, en esta etapa, elegir libremente materias accesorias, tanto universales como particulares, en concordancia con sus preferencias vocacionales.

La duración probable de esta etapa puede ser de tres años.

2a.- EDUCACION TECNICA (de iniciación especializada).- Reunidos los créditos que el currículum exija en la etapa anterior, tanto en materias tipo CI como CII y CIV, los estudiantes presentarán una prueba de aptitud para iniciar esta segunda etapa, en la cual habrán de optar por una de las tres ramas fundamentales de medicina; a) la preventiva, b) la clínica, c) la científica.

La distribución de los estudiantes se hará, tanto por sus tendencias vocacionales, cuanto en acuerdo con las necesidades sociales y las correlativas oportunidades de trabajo, pues en esta etapa los estudios serán, sin excepción, teórico-prácticos; así por ejemplo, quienes opten por la medicina preventiva estudiarán las materias teóricas correspondientes, como demografía, medicina y antropología sociales o legislación médica, pero realizarán simultáneamente actividades de visitantes sociales, auxiliares en servicios médicos forenses o en centros de salud. Quienes opten por la clínica iniciarán la clásica actividad de practicantes en hospitales y consultorios, cursando simultáneamente las asignaturas teóricas incluidas en esta rama: nosologías, anatomía y fisiopatología, cirugía, obstetricia, pediatría, etc. Por último, aquellos que prefieran el campo de las ciencias, seguirán los cursos superiores de fisiología, biofísica, genética, sociología y similares. Sus actividades prácticas tendrán lugar en los laboratorios respectivos y en los servicios para clínicos correspondientes; podrán participar también en laboratorios de enseñanza o de investigación biomédica o sociomédica.

La duración de esta etapa será variable, con arreglo a la especialidad preferida, entre dos y cuatro años. Al completar su programa, los estudiantes presentarán el examen de licenciatura en medicina y de aprobarlo, quedarán autorizados para el ejercicio profesional en el campo correspondiente a sus estudios.

3a.- ESTUDIOS SUPERIORES (Maestrías y Doctorados). Es bien conocida la tendencia general entre los médicos, de continuar estudios de post-gradó para profundizar, por lo común, en un campo especializado de la medicina. Sabemos también que no son infrecuentes las críticas a la especialización excesiva o prematura, y ya nos hemos referido a la falsa postura en que ha sido colocada la medicina general cuando se la considera equivalente de iniciación profesional; si examinamos cuidadosamente este asunto, bien pronto nos convencemos de que el verdadero médico general es quien ha logrado experiencia, ha acumulado conocimientos y tiene el juicio suficiente para estructurar su experiencia práctica y sus conocimientos teóricos, en conceptos básicos sobre los cuales apoyar sus actividades profesionales. Así las cosas, la medicina general debe ser conservada como una de las más nobles y complejas especialidades clínicas. Quienes la ejercen habiendo alcanzado elevados niveles de experiencia y preparación, gozan de alta estima y resuelven con sencillez y maestría oscuros problemas. Su colaboración con el especialista es siempre fecunda, pues ahorran a éste la incierta etapa del diagnóstico diferencial y del estudio integral del paciente, en donde tantos casos naufragan; cuando un buen médico general refiere un caso a un especialista, por lo común éste ratifica el diagnóstico, perfeccionándolo, y logra realizar un tratamiento venturoso.

Por lo dicho podemos afirmar que los estudios superiores en el área de la clínica servirán para la preparación de especialistas de alto nivel, aquellos que domina campos completos del conocimiento teórico, el diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de casos cuya agrupación es una especialidad obedezca a naturaleza de lesiones orgánicas, de trastornos funcionales correlativos o de agente etiológico y no solamente al tipo de instrumental o técnica necesarios para el tratamiento, pues las especialidades basadas en estas últimas circunstancias son más bien tecnologías cuyo cultivo unilateral propicia la formación limitada del profesional y el riesgo correlativo de pérdida en la amplitud de los conocimientos.

Los estudios superiores podrán tener amplia variedad, tanto en el contenido como en la duración. Aunque implican el incremento de la habilidad o la capacidad profesional, significan también valores académicos adicionales, por lo cual convendrá distinguirlos con denominaciones usuales en esta esfera; podrían así instituirse maestrías y doctorados, incorporando en los programas respectivos cursos adicionales de didáctica y pedagogía, ya que entre estos profesionales encontraremos a quienes ocuparán las cátedras en las escuelas de medicina o realizarán las tareas de investigación científica y de actualización para graduados.

No pretendemos haber planteado utopías ni haber elaborado programas definitivos; presentamos a ustedes este material como ejemplo de las muchas posibilidades a seguir para alcanzar el propósito de dar solución radical a los graves problemas de la medicina de nuestros días, presentes lo mismo en la enseñanza que en la práctica, en la división por especialidades o en la investigación.

Tómese pues nuestra exposición como material de trabajo, como un simple ensayo que motive la manifestación de las ideas y la organización de un programa perfeccionado. Por último y sin más propósito que el de servir de ejemplo esquemático, ofrecemos a ustedes un anteproyecto de clasificación de materias fundadas en las consideraciones anteriores.

MATERIAS DEL GRUPO cI:

(Claves: T, teórica. P, práctica. A, anual. S, semestral)

Fisiología general T.P. A.

Bioquímica T.P. A.

Embriología T.P.A.

Citología general T.P. A.

Fisiología humana T.P. A.

Bacteriología general T.P. S.

Parasitología general T.P. S.

Fisiopatología T.P. S.

Propedéutica de la clínica T.P. A.

Farmacología I. T.P. A.

Matemáticas en Biología T.P. A.

Bioestadística T.P. A.

Antropología social T.P. A.

Higiene ambiental I. T.P. A.

Técnicas de investigación social I. T.P.A.

Teoría sociológica I. T.A.

Estratificación y cambio social T.P.A.

Medicina preventiva I. T.P. A.

MATERIAS DEL GRUPO cII

Anatomías: Comparada, clínica, radiológica, quirúrgica, sistemática c/u T.P.A.

Citología I. T.P. S.

Histología I. T.P. A.

Bacteriología I. T.P. S.

Parasitología I. T.P. S.

Fisiología animal comparada I. T.P. S.

Genética I. T.P. A.

Psicología I. T.P. A.

Demografía I. T.P.A.

Medicina preventiva y social II.T.P. A.

Historia de la medicina T. A.

Redacción médica T.P. S.

Fotografía T.P. S.

Metodología y didáctica de la medicina I. T.P. A.

MATERIAS DEL GRUPO c III.

Anatomopatología T.P. A.	Medicina preventiva y social II y III c/u T.P. A.
Fisiopatología II. T.P. A.	Legislación médica T.P. A.
Farmacología II T.P. A.	Epidemiología I y II T.P. A.
Nosologías (por especialidades c/u T. S.	Demografía II T.P. A.
Clínicas (por especialidades) c/u P. S.	Teoría sociológica II T.P. A.
Cirugía I y II T.P. A.	Estructuras sociales T.P. A.
Obstetricia I y II T.P. S.	Trabajo de campo en medicina social P.A.
Pediatría I y II T.P. A.	Farmacología II y III T.P. A.
Fisiología humana II y III. T.P. A.	Biofísica I y II. T.P. A.
Bioquímica II y III. T.P. A.	
Genética II y III T.P. A.	

MATERIAS DEL GRUPO c IV.

Neuro-anatomía T.P. S.	Técnicas de laboratorio T.P. A.
Enfermedades tropicales T.P. S. (Patología de la pobreza).	Microfotografía T.P. S.
Medicina familiar T.P. A.	Paleobiología T. S.
Radiología clínica T.P. S.	Programación y planeación de la medicina T. A.
Electrocardiografía T.P. A.	



COMENTARIO AL TRABAJO "CAMINOS Y PROGRAMAS PARA FOMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD  
DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA"

Dr. CARLOS CAMPILLO SAINZ.  
Director de la Facultad de Medicina  
de la U.N.A.M.

En su propia esfera de acción, las Facultades y Escuelas de Medicina reconocen los mismos fines que tienen señalados las Universidades de las que son parte constitutiva. Para cumplirlos se requiere que los profesores y alumnos, miembros esenciales de la comunidad universitaria, participen adecuadamente en la organización y funcionamiento de sus planteles. Esta participación de unos y otros, ha de ser dentro del papel respectivo que les corresponda, de acuerdo con su índole distinta y buscando, con apego a la justicia, la coordinación de esfuerzos que permita satisfacer los intereses particulares de cada sector, sin comprometer los objetivos generales que ambos persiguen.

Por consiguiente, la participación estudiantil en la vida de las escuelas, lo mismo que la de los profesores habrá de ser en todos los renglones, tal como fué subrayado de manera unánime por los tres ponentes que acabamos de escuchar. Al sumarse de lleno a esta opinión, quisiera cumplir la grata y honrosa tarea que me ha sido encomendada, exponiendo mis personales puntos de vista sobre algunos aspectos que, en esta materia, considero importantes.

Teniendo como principio rector la autonomía que es esencia y razón de ser de nuestras universidades latinoamericanas, asumen éstas las formas democráticas de organización que mejor convienen a su naturaleza e intereses. El gobierno no queda a cargo de una autoridad que si bien para cumplir sus fines no dispone de fuerza coactiva alguna, tiene, en cambio, el valimiento de carácter moral que le dá su propia idoneidad, acreditada por la rectitud y competencia de sus actuaciones y respaldada para la libre expresión de las voluntades pertenecientes a los distintos sectores. La adecuada representación de estos sectores en las tareas administrativas y en el gobierno de la institución es democracia universitaria. La participación efectiva y permanente de sus miembros en las decisiones a través de sus órganos representativos y, en última instancia, de sus autoridades a las que de esta manera fortalecen para el logro de los fines que la institución persigue es política universitaria. Nuestra Casa de Estudios norma las actividades políticas de los estudiantes refiriéndose primero a su representación y segundo, a su participación en el gobierno de la Universidad.

Los estudiantes tienen dos tipos de representantes: a) los de sus propias organizaciones (sociedades de alumnos, federación de sociedades de alumnos, asociaciones culturales, deportivas y sociales); y b) los representantes alumnos ante el Consejo Universitario y ante los consejos técnicos de las diversas facultades y escuelas.

Con respecto a la elección del primer tipo de representantes, y en general a las organizaciones estudiantiles, ninguna autoridad universitaria puede intervenir. "Sociedades de alumnos... y la federación de estas sociedades, serán independientes de las autoridades de la Universidad... y se organizarán democráticamente en la forma que los mismos estudiantes determinen".

Así, los estudiantes lejos de mantenerse al margen de las cuestiones académicas y administrativas pueden, según nuestro Estatuto General, expresar libremente sus opiniones sobre todos los asuntos que conciernen a la Institución, sin más limitaciones que las de observar el orden y guardar el debido respecto a la Universidad y a sus miembros. Es esta ya una forma de hacer política universitaria y de influir en las decisiones de gobierno; pero su participación en él, se logra con el segundo tipo de representantes que lo son ante los órganos colegiados de autoridad: el Consejo Universitario y los consejos técnicos.

Puesto que en los Consejos los representantes del sector estudiantil tienen los mismos derechos que los representantes del profesorado y del personal administrativo, su elección se lleva a cabo con la intervención de las autoridades universitarias y está regulada por las normas correspondientes. Una representación legítima garantiza la fluidez de la comunicación entre los diversos sectores de la comunidad universitaria, es elemento de estabilidad para la institución y el medio que hace posible el cumplimiento de sus fines puestos al servicio de la sociedad.

La presencia de estudiantes en el Consejo Técnico de nuestra Facultad, les permite discutir frente a los consejeros profesores, planes, programas de estudio y, en general, todos los asuntos académicos que son de la incumbencia de dicho Consejo. Pero además de este mecanismo reglamentario debe propiciarse la libre discusión sobre esta materia, en diálogo abierto con grupos más o menos grandes, para lo cual resulta de gran utilidad la formación de comisiones mixtas de profesores y alumnos que funcionen de manera permanente. La reforma académica de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., culminó con un nuevo plan de estudios diferentes en muchos aspectos fundamentales del plan anterior que sólo fue aprobado y puesto en vigor el año próximo pasado, después de haber sido ampliamente discutido en más de un centenar de entrevistas, grupo por grupo, con los alumnos de los distintos años escolares. Dentro de las valiosas enseñanzas obtenidas se puso de manifiesto la necesidad de que los estudiantes entendieran con precisión, cuáles son los objetivos que persigue la carrera de medicina para que en función de ellos, fueran capaces y pudieran juzgar el plan general de la enseñanza, distinguir los elementos formativos de los meramente informativos, saber el por qué de la inclusión de tal o cual asignatura en el currículum, la razón de ubicarla en determinado sitio y apreciar, en fin, el significado y

alcance de todas y cada una de ellas dentro de un plan equilibrado. Es primordial infundir al estudiante los nobles ideales de la medicina, fortalecer la voluntad de servicio que su ejercicio implica y señalarle el papel que le corresponderá desempeñar en la sociedad así como las expectativas de éxito económico y social previsibles en función de la demanda de trabajo.

Respecto al proceso de enseñanza-aprendizaje, reconoce como idea básica la que ha de inculcarse al estudiante que debe ser él, en todo momento factor activo de su propia enseñanza. La enseñanza tradicional en nuestras escuelas latinoamericanas, adolece del grave defecto secular de haber considerado al estudiante como ente pasivo susceptible de absorber sin crítica alguna, los datos informativos que la autoridad magisterial le proporciona ya digeridos, a fin de que simplemente los almacene en proporciones crecientes. El profesor debe ser ante todo, un guía y un estímulo, sus conocimientos y experiencias habrán de servir para que el alumno encuentre en sí mismo el incentivo que le permita progresar en el camino del saber, enjuiciar la validez científica de los datos aislados que se le enseñan y valorar dentro de un cuerpo de doctrina aquéllo que por su importancia y trascendencia debe claramente distinguir de lo supérfluo y accesorio.

Son de recomendarse bajo la tutela de profesores, la formación de seminarios y grupos de discusión; adoptar la práctica de que los alumnos desarrollen ante sus compañeros temas de diversas asignaturas, así como la introducción cada vez en mayor escala de los nuevos métodos de enseñanza programada. Debe también asignarse a los alumnos responsabilidades progresivamente ascendentes en forma tal que según la etapa de la carrera en que se encuentren, sean capaces de adiestrar y enseñar a sus compañeros de años inferiores recibir a su vez enseñanza de los que se encuentran en niveles más altos de preparación.

Particular atención debe darse al desarrollo de las habilidades para exponer los temas con lenguaje gramaticalmente correcto y con apego a las normas de los trabajos científicos; se encargará a los estudiantes para este efecto, la preparación de monografías sobre temas concretos que siendo criticados con espíritu científico por sus compañeros, los inicien en la práctica de la discusión constructiva. Y para su formación en la disciplina del pensamiento científico, es altamente recomendable que los alumnos se incorporen a los equipos de trabajo que bajo la dirección de profesores calificados realicen investigaciones en distintas disciplinas.

De gran importancia es la participación de los estudiantes en el proceso de la evaluación de la enseñanza entendida no como un freno o cortapisa puesto en las distintas etapas de su preparación, sino como algo que fomente su propia seguridad y los estimule a superarse de continuo, combatiendo la idea tan errónea como arraigada de que se estudia para pasar los exámenes. En el momento en que el estudiante perciba el verdadero sentido de su esfuerzo, llegará a la convicción de que los conocimientos que vaya adquiriendo lo acercan cada vez más a la meta que se ha trazado, enriquecen su personalidad y fortalecen su dignidad estudiantil.

Los Departamentos de Psicología cumplen en este renglón un importante papel. Los estudiantes han contribuido también y debe seguirlo haciendo en mayor medida, a la evaluación de sus profesores, para lo cual habrán de proceder con justicia, dando a conocer no sólo las fallas, sino también los aciertos del personal docente. Profesor y alumno constituyen un binomio inseparable, cuyos dos términos se apoyan mutuamente, el perfeccionamiento y mejoría de uno de ellos redundan en el del otro. Si para la formación de un alumno es indispensable un buen profesor, éste se realiza de manera más plena con alumnos de buena calidad. La evaluación de los profesores por el alumno, los lleva al encuentro del verdadero maestro.

El estudiante de medicina no debe constreñir sus actividades a las que estrictamente le impongan las obligaciones de su carrera; quien aspira a ser médico tiene la obligación, tal vez en mayor medida que otros estudiantes de abrir su espíritu al mundo que lo rodea, de adquirir y aquilatar los valores culturales de su tiempo y de todos los tiempos. Los estudiantes de medicina tendrán por tanto como actividades permanentes, las de carácter cultural en sus diversas manifestaciones artísticas, sociales y científicas. Y como complemento al desarrollo armónico de su personalidad, tampoco deben descuidar las actividades deportivas que, además de ser natural desahogo para su exuberancia juvenil, contribuirá a templarlos en el control y dominio de sí mismos.

La medicina es, eminentemente, profesión de servicio por la causa de la salud que es su meta suprema. Esta actitud ha de inculcarse desde el principio al estudiante de medicina y va aunada a la idea fundamental que significa el respeto a la persona humana. El estudiante de medicina tendrá en sus manos la salud de sus semejantes y cuando sea médico, habrá de curar a los enfermos, con rigor científico y calor humano.

En consecuencia; los estudiantes prestarán diferentes formas de servicio social temprana y permanentemente con sentido humano y tanto en el medio rural como en el ciudadano. Estarán desde el principio de su carrera ligados con dispensarios, consultorios, y centros de salud y bajo la dirección de sus profesores, realizarán en cada etapa las funciones que les correspondan. Al finalizar sus años lectivos y como requisito previo a la presentación del examen profesional, nuestra Facultad exige que cumplan 12 meses consecutivos de servicio social, preferentemente en las áreas rurales, pero también en las zonas marginales de la ciudad y aún en los centros de salud de la misma.

En suma, las actividades de los estudiantes de medicina son de gran importancia y deben encauzarse al cumplimiento de los fines de nuestras escuelas que son la enseñanza y la investigación, la difusión de la cultura y el servicio a la comunidad.

## ACTIVIDAD DEL ALUMNADO EN LAS FACULTADES DE MEDICINA

Comentario

Dr. José E. Sifontes, Decano Facultad de Medicina. San Juan, Puerto

En todo el continente americano, lo mismo en Europa que en Asia, y el resto de nuestro planeta renace el activismo estudiantil. Este fenómeno, como los "hippies" y las minifaldas, es uno de carácter mundial. A veces asume formas serias y constructivas; otras, irresponsables y destructivas. No es probable que se trate de un fenómeno estudiantil pasajero pues el mismo va creciendo y de hecho ya ha logrado imponer cambios más o menos justificados en diferentes centros de enseñanza. ¿Qué actitud debemos tomar los educadores en las Facultades de Medicina ante el activismo estudiantil?

Lógicamente, debe ser una de analizar cuidadosamente los planteamientos e inquietudes, mantener una abierta y franca comunicación, y tratar de descubrir fórmulas adecuadas y aceptables que permitan canalizar esas energías -a veces arrolladoras- hacia logros novedosos pero a la vez constructivos. Es, por lo tanto, sumamente acertado el tema de esta Conferencia -Caminos y Programas para la Participación Estudiantil en las Facultades de Medicina- y más acertada aún la forma en que han reaccionado al mismo los distinguidos ponentes de este panel.

Los caminos y programas para fomentar y utilizar la actividad del alumnado en las Facultades de Medicina pueden ser muy diversos. Sus formas varían grandemente de un tratadista a otro pero es sorprendente el grado de acuerdo en cuanto a los aspectos fundamentales que enmarcan las diferentes trayectorias.

Hay consenso sobre la insatisfacción con los currículums actuales; con el modo y grado insuficiente de la participación estudiantil en la planificación y evaluación del currículum y la metodología de la enseñanza; con el divorcio entre lo que se enseña y las necesidades reales de la práctica; con el énfasis excesivo de la medicina curativa sobre la preventiva; con la inflexibilidad de la enseñanza y el currículum, y con la ausencia de objetivos bien definidos. Se destaca la necesidad de efectuar cambios que permitan una mayor participación estudiantil, no tanto en el aspecto académico administrativo de las instituciones como en el de la tarea docente y la planificación, ejecución y evaluación de la enseñanza. El estudiante es el consumidor de los servicios que rinde una facultad de medicina y el único conocedor del contenido total de la enseñanza, por haberla vivido y sufrido. Por lo tanto, para evaluar y mejorar el proceso educativo, es necesario conocer la actividad estudiantil, sus postulados e iniciativas. Hay que fomentar sus asociaciones y actividades con el fin de que su aportación sea serena y productiva. Es aconsejable estimular una participación estudiantil activa y utilizar programas de servicios a la comunidad en la tarea

docente para así crearles una mayor conciencia de los aspectos sociales y preventivos de la medicina al tener la oportunidad de vivir la problemática socioeconómica y sanitaria de sus países. Es necesario mayor integración con los programas de otras facultades afines a las ciencias de la salud, de manera que el estudiante aprenda a trabajar en equipo no sólo dentro de la facultad de medicina, sino en todas las facultades que aportan personal de colaboración médica.

No sería posible elaborar recomendaciones rígidas para todas las Facultades de Medicina creando un solo camino y un sólo programa para la participación estudiantil en las mismas, pero sí es factible sugerir pautas del tipo de caminos y programas que sería más aconsejable adoptar dentro de las realidades sociales, económicas, científicas y educacionales con que se confrontan las diferentes facultades en las postrimerías de este siglo veinte. No debe existir duda alguna en cuanto a lo fructífero y productivo que puede ser una aportación estudiantil bien encauzada. La misma puede ayudar a mejorar continuamente la medicina académica. Cada facultad debe buscar en sus propias entrañas, en sus organismos y reglamentos, formas de abrir puertas que permitan ponderadamente la máxima participación estudiantil en todas sus actividades. Esta debe efectuarse dentro de un clima de mutuo respeto y amplia colaboración entre estudiantes y claustales tanto de las facultades de medicina como los de otras ciencias de la salud.

Para facilitar una mayor y más productiva participación estudiantil, es necesario remover todos los impedimentos. En primer lugar es necesario eliminar aquellos debido a estrecheces económicas. Al efecto, y hasta donde sea posible, deben proveérsele al estudiante becas, préstamos y trabajos bien remunerados escogiéndose entre éstos aquellos que complementen sus educación médica y que no afecten su proceso de aprendizaje. En segundo lugar es necesario ofrecerle a los estudiantes los medios que le permitan organizarse en forma ordenada y efectiva. En esta forma podrán ellos contribuir significativamente y efectivamente a la responsabilidad que se les exige. El estudiante debe ser oído y sus planteamientos deben ser considerados seriamente no permitiéndose que por orgullo de los claustales o de la administración dejen adoptarse aquellas medidas sugeridas por ellos que se estimen útiles y necesarias. La actitud debe ser una que reconozca en el alumnado un interés genuino y una inteligencia tan confiable como la del profesorado para contribuir a mejorar el clima del proceso de aprendizaje. Solamente así se podrá establecer el debido respeto y colaboración entre las partes que constituyen una Facultad de Medicina. Esto es fundamental para el aprovechamiento del enorme potencial de energía e inteligencia existente entre el alumnado en beneficio y perfeccionamiento de la medicina académica y por ende de la salud de nuestros pueblos.

COMENTARIO A LAS PONENCIAS DEL TEMA CAMINOS Y PROGRAMAS PARA FOMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA.

Dr. José Nine Curt, PUERTO RICO.

Agradezco profundamente el honor que me han conferido al asignarme la tarea de ser comentador de las ponencias presentadas a la Segunda Mesa Redonda de la VI Conferencia de Facultades de Escuelas de Medicina de Latino-América.

Las ponencias objeto de nuestro comentario son:

- a) La del Dr. Ronaldo Luna Azurdia, de Guatemala
- b) La del Dr. Rubén Vasconcelos, de México
- c) La de la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina (AFEME), presentada por los Dres. Miguel Márquez, Rodrigo Yopez y Mario Chancay.

Deseo consignar la honestidad intelectual de los autores de las ponencias a las cuales me voy a referir pues, a través de sus escritos, uno capta esa integridad, ese convencimiento de lo dicho y escrito. Por lo tanto, me siento altamente honrado en estar entre este grupo distinguido de profesionales en el campo de la Educación Médica de nuestro Hemisferio.

El denominador común característico de las tres ponencias lo constituye la intensa preocupación renovadora de la actual estructura de nuestras Escuelas de Medicina y el general anhelo de propiciar una más amplia e intensa participación del estudiantado en la misión presente y proyección futura de nuestras universidades.

El estilo, la metodología expositiva y la extensión del tema objeto de las ponencias han sido expuestos en cada una de ellas con características propias, las cuales pasamos seguidamente a comentar en la forma concisa que nos impone la limitación del tiempo que se nos ha asignado para este propósito.

El Dr. Luna Azurdia señala que "nuestros estudiantes universitarios no pueden alcanzar madurez académica en un ambiente de autoritarismo docente" y que "no pueden desarrollar criterio científico si no participan activamente en su propio proceso educacional".

Propone el Dr. Luna Azurdia que una planificación adecuada sólo se logrará "cuando trabajen juntos a todo nivel estudiantes profesores y administradores médicos".

Añade que en la Universidad de Guatemala la participación del estudiantado se ha limitado hasta el presente exclusivamente al aspecto político-administrativo.

La pregunta de cómo utilizar la actividad del estudiante en el trabajo de las Facultades de Medicina? la responde el Dr. Luna Azurdia de la manera siguiente:

"Con la participación del estudiante de medicina a todo nivel. en la planificación, en la programación educativa, en la ejecución docente y a nivel de evaluación y control de todo el proceso formativo del médico".

Seguidamente, describe con detalle la participación del estudiante en cada una de esas fases. Sin embargo, el Dr. Luna Azurdia no deja de consignar en cada una de las propuestas participaciones estudiantiles, las grandes dificultades que tales participaciones llevan implícitas, debido a la falta de experiencia y de conocimientos específicos del estudiantado en esas actividades. No obstante esas dificultades, señaladas por el Dr. Luna Azurdia, éste estima que el estudiante de medicina debe aprender a vivir desde una temprana edad universitaria (nosotros añadiríamos pre-universitaria) en un constante cambio de sus actitudes y de sus metas.

La ponencia del Dr. Rubén Vasconcelos es un magnífico documento, en el que el autor expone una serie de problemas perfectamente razonados y ordenados que ha considerado necesarios consignar para examinar el problema en sus raíces. Este buen deseo le ha forzado a desbordar un tanto los límites de la encomienda asignada a la Segunda Mesa Redonda que ha de ocuparse del tema específico "Caminos y Programas para Fomentar y Utilizar la Actividad del Alumno en el Trabajo de las Facultades de Medicina". Habida cuenta del limitado tiempo de que dispone este comentador para llevar a cabo su cometido, consignamos en este momento pesar de no poder entrar a comentar en su totalidad el magnífico trabajo del Doctor Rubén Vasconcelos, limitando nuestra intervención a destacar aquellas partes de esta ponencia que según nuestro entender, se ciñen más concretamente al título de la misma.

Muy acertadamente, señala el Dr. Rubén Vasconcelos que las tendencias docentes actualmente en vigor consideran al estudiante ocupado "a tiempo completo" en sus obligaciones escolares y casi totalmente incapacitado para el ejercicio de actividades calificadas dentro del campo de la medicina.

Recomienda el Dr. Rubén Vasconcelos, "establecer la participación de los estudiantes, cualquiera que sea la rama médica que estudien, en actividades prácticas de utilidad social y académica, lo más pronto posible en el curso de los estudios y como parte esencial de éstos".



De acuerdo con el anterior propósito, todo estudiante de medicina tendrá la obligación de realizar actividades complementarias o auxiliares en la atención sanitaria o médica de la población. La remuneración correspondiente será aplicada, mediante reglamentaciones adecuadas en cada país, a las necesidades del estudiante y al financiamiento de la educación médica. Reiteramos nuestro pesar de no poder proseguir anotando y comentando la interesante ponencia del Dr. Rubén Vasconcelos.

La ponencia presentada por la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina a esta Mesa Redonda se fundamenta por una parte, en la actividad estudiantil desarrollada en el Ecuador durante los dos últimos años y, por otra parte, en lo que se ha conseguido realizar respecto a la orientación de tales actividades.

Esta ponencia perfectamente articulada, ha sido dividida en tres partes: 1) Conocimiento de la actividad estudiantil; 2) Análisis de la situación presentada y 3) Programa de trabajo encauzado a cumplir: a) labores docentes y de investigación y b) programas de servicio a la comunidad: Extensión Universitaria.

La primera parte de la ponencia expone las actividades más importantes llevadas a cabo por los estudiantes de medicina del Ecuador durante los años lectivos 1967-68 y 1968-69, bajo la dirección de la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina, como base los planteamientos y observaciones de las partes 2) y 3) de esta ponencia.

La segunda parte recomienda que la actividad estudiantil puede orientarse a la consecución de un mayor rendimiento en las Facultades de Medicina tanto en aspecto docente, investigativo y de servicio a la comunidad, mediante la aplicación de un sistema de trabajo, debidamente establecido, con participación de profesores y estudiantes, cuya estructuración se especifica en la tercera y última parte de esta ponencia.

Recomiendan los ponentes que la participación estudiantil en las labores docentes y de investigación deben iniciarse en la etapa pre-graduada.

Se señalan los medios para lograr los objetivos señalados y se agrupan esos medios en siete grupos de interés primordial, en cada uno de cuyos grupos se incluyen recomendaciones y sugerencias de indudable valor.

De no menor interés es la descripción meticulosa y ordenada de la participación estudiantil en programas de servicio a la comunidad: extensión universitaria. Los ponentes exponen, con la amplitud y claridad adecuadas, el plan para viabilizar la participación estudiantil en esta importantísima fase de servicio a la comunidad.

En el comentario final, señalan los ponentes que la evaluación de la participación estudiantil en el campo docente, investigativo y de servicio a la comunidad, había de esperar a que transcurra el tiempo necesario para poder conocer sus resultados.

La cuidadosa lectura de las tres ponencias, que brevemente hemos reseñado, nos sugieren los siguientes comentarios que en apretada síntesis vamos a exponer seguidamente.

Primero. Somos decididos y entusiastas partidarios de extender la participación del estudiantado en todas y cada una de las actividades y tareas en las que el estudiante individual y colectivamente pueda aportar su esfuerzo y conocimiento para mejorar y hacer cada día más precisa y eficaz la misión de la Universidad en general y de las Escuelas de Medicina en particular.

Segundo. Concretamos la misión universitaria a cuatro puntos cardinales.

- a) Mejorar la formación cultural de todos los universitarios, (estudiantes, profesores y administradores).
- b) Mejorar la preparación de los profesionales universitarios de acuerdo con las necesidades y características específicas de las comunidades a las que irán a prestar sus servicios.
- c) Estimular y ofrecer todo apoyo a ese grupo universitario de estudiantes que desean dedicar sus vidas a la docencia.
- d) Cuidar esmeradamente que no se malogre la pequeña minoría de estudiantes con vocación por la investigación, sin la cual no puede haber progreso científico.

Sean bienvenidos los esfuerzos y cooperaciones estudiantiles que propendan a mejorar la misión universitaria.

Sin embargo, ninguno de los ponentes ha creído oportuno mencionar la participación activísima que debe tomar el estudiantado como custodio del orden en la Universidad.

A este respecto, y para terminar, deseo acortar las palabras de uno de los más geniales y respetados universitarios de habla española de este siglo, Don José Ortega y Gasset. En la conferencia que él pronunció, hace cuatro décadas, ante la Federación Universitaria Escolar (F.U.E.) de Madrid dijo:

"Hasta en un sentido material tiene que ser la Universidad primariamente el estudiante. Es absurdo que, como hasta aquí, se considere el edificio universitario como la Casa del profesor, que recibe en ella a los discípulos, cuando debe ser lo contrario: los inmediatos dueños de la casa son los estudiantes, completados en cuerpo institucional con el claustro de profesores. Es preciso acabar con el bochorno de que sean los profesores (o administradores, añadimos nosotros), como la guardia suiza de bedeles (o cuerpo de policía universitario), quienes mantienen la disciplina corporal dentro de la Universidad, dando lugar a esas batallas vergonzosas en que aparecen, de un lado los catedráticos y sus subalternos; de otro, la horda escolar.

Sólo la estupidez puede tranquilizarse con echar la culpa de escenas tales a los estudiantes. Cuando hechos tan repugnantes se producen, y además con frecuencia, no tiene nadie en particular la culpa, sino la institución misma, que está mal planteada. Son los estudiantes quienes, previamente organizados para ello, deben dirigir el orden interior de la Universidad, asegurar el decoro de los usos y maneras, imponer la disciplina material y sentirse responsables de ella".

De esta manera se expresó este sabio y elocuente profesor español cuya característica no fue precisamente el radicalismo.

Muchas gracias.

## RELATO UNIFICADO DEL TEMA IV

### CAMINOS Y PROGRAMAS PARA FOMENTAR Y UTILIZAR LA ACTIVIDAD DEL ALUMNADO EN EL TRABAJO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA.

Relator: Dr. Fernando Ortega López.  
México, D.F.

Considerada la Universidad como una comunidad comprendida por estudiantes, profesores e investigadores, con un tipo de gobierno democrático y con pluralismo ideológico, por lo cual se acepta la participación estudiantil en el trabajo de las facultades de medicina.

La enseñanza concebida en términos de transmisión de información pre dirigida, es un principio caduco que no apunta a lo central del proceso de aprendizaje. Lo esencial del mismo consiste en la incorporación de conocimientos, de destrezas y de actitudes; de internalizar dispositivos para resolver situaciones y asimilar nueva información. Aceptadas estas premisas, se recomienda incorporar en la formación de los profesionales de la salud, una metodología educativa consecuente a esos principios, que permita al estudiante, considerado factor de cambio, ser un protagonista del proceso de aprendizaje en todos los ámbitos posibles, dándole la capacidad de opinar en el diseño de los contenidos programáticos, en la evaluación y análisis crítico de los procedimientos pedagógicos, en la calificación de los responsables de la enseñanza y en todos los organismos de gobierno y política universitaria.

No pueden existir patrones internacionales aceptados para determinar exactamente los grados de participación estudiantil. Estos deberán ajustarse a las necesidades y circunstancias nacionales. Por lo que una reglamentación adecuada se hace indispensable en cada caso.

Ello implicará la necesidad de que esta participación reglamentada se respalda mediante un determinado grado de autoridad y responsabilidad compartida, en el nivel que corresponda de acuerdo a los objetivos que se persiguen.

Esto traerá como consecuencia la posibilidad de modificar las estructuras vigentes donde se encuentra una actitud de rechazo para la participación estudiantil en el trabajo de las facultades de medicina; donde sea necesario serán precedidas de campañas de sensibilización y convencimiento.

El grupo 2 consideró que la participación estudiantil es indispensable en forma activa pero no predominante sobre la participación de los catedráticos. El control del poder directivo le corresponde a los profesores.

El grupo 5 consideró necesario recomendar la participación estudiantil dentro de los organismos supranacionales como la Federación Panamericana de Asociaciones de Escuelas y Facultades de Medicina e incluso también considero que era necesario que las asociaciones estudiantiles invitaran a sus eventos a representantes del profesorado. Se sugiere la creación de una sección estudiantil dentro de la UDUAL.

RELATO GENERAL DE LA VI CONFERENCIA DE FACULTADES  
Y ESCUELAS DE MEDICINA DE LATINOAMERICA.

Por:  
Dr. Rubén Vasconcelos (+)

La elaboración de este documento se emprende cuando la VI Conferencia ha terminado; en el curso de ella se produjeron relatos parciales, a nivel de cada grupo de trabajo, para cada uno de los cuatro temas tratados; además, se elaboraron informes unificados para cada tema, a partir de los relatos parciales de los grupos de trabajo, tareas para las que fueron nombrados relatores de grupo y relatores para temas; el relator general no participó en las conversaciones de los relatores de grupo ni en la elaboración de los informes unificados; en cambio, se le recomendó recoger impresiones directas asistiendo a las reuniones de los grupos de trabajo y a las sesiones generales; además, le fueron entregadas copias de todos los informes de grupo y de los relatos unificados, lo mismo que ejemplares de todas las ponencias recibidas.

Con el deseo de conservar en la Memoria de la VI Conferencia la imagen realista de los trabajos, se han examinado repetidamente los relatos de grupo y los informes unificados de los cuatro temas tratados. Para dar al relato general el carácter de resumen vez no prolijo, que facilite a los interesados examinar los temas tratados, se adoptó el procedimiento de tratar los temas en forma sucesiva, iniciando cada parte con resúmenes de las ponencias presentadas; inmediatamente después, los resúmenes de los comentarios oficiales; y por último el relato general del tema, elaborado con el auxilio de los relatos parciales de grupos y las notas personales del relator general.

Tema I: Procedimientos y recursos de las Escuelas de Medicina para la promoción del éxito profesional del Médico en América Latina.

Resumen de la ponencia del Doctor Rolando Collado A. de la Universidad de San Carlos, Guatemala.

Como punto de partida trata de definir el éxito pero ante la escasa documentación, emprendió una recopilación de datos con la colaboración de estudiantes de la Facultad de Medicina de México. Como resultado, considera que alcanzar el éxito sería lograr que el egresado sea tal como se haya planeado formarlo, lo cual obligaría a examinar los objetivos de las Facultades. Siendo esto muy difícil, recurre a los siguientes indicadores: la distribución de los médicos y la reducción de las cifras de enfermedad y muerte.

(+) Director General de Acción Social Educativa de la Secretaría de Educación Pública, México.

Como a pesar de todo considera todavía indefinido lo que es el éxito, lo asocia con objetivos particulares, pero advierte "... lo que no está claro es lo que eso (el éxito) significa para uno u otro..."; distingue varias clases. Éxito profesional, académico, social, económico, gremial, universitario, familiar, psicológico, físico (somático) y por fin filosófico e integral, o éxito vital. Al cabo de esas descripciones parece clara la identificación del éxito con el triunfo.

En las siguientes páginas examina la migración médica como manifestación de falta de éxito, y analiza cuantía, costos y motivos de ese fenómeno; en conclusión afirma... "las sociedades latinoamericanas, en su relación con el médico, tampoco están teniendo éxito completo..."

En la parte V sostiene la tesis: "... el éxito del médico conviene a él mismo, a la escuela y a la sociedad..." y propone se entienda por éxito, "... la satisfacción de sus necesidades profesionales, somáticas, mentales, sociales, gremiales, económicas, académicas, familiares y filosóficas...", para aclarar, a renglón seguido "... un concepto tan amplio puede asimilarse a la felicidad". Sobre las ventajas para la sociedad, afirma que aún el "éxito excesivo en el campo social", será benéfico pues quien tal alcance se convertirá en líder. La ponencia final se inicia con cinco considerandos relativos a la concordancia de los objetivos de las Facultades con el triunfo del médico en una o varias de las áreas señaladas antes, y sobre ellos apoya cinco puntos resolutivos para lograr la realización del éxito; el último de ellos es el establecimiento, en el seno de la Secretaría General de la UDUAL, de una oficina o "centro de información e intercambio" cuya estructura y funciones define en diez incisos.

Resumen de la ponencia del Doctor Antonio Ordóñez Plaza, Ministro de Salud Pública, Colombia.

Juzgo indispensable definir el éxito profesional, pero aclara "... no puede existir una definición única; parece obvio que no es idéntica... la del médico... y la de la comunidad...", "Si existiera acuerdo al respecto, el tema no sería de debate".

Considera que la función de las escuelas de medicina a través de la historia, ha sido aparentemente contradictoria porque deben actuar simultáneamente, como agentes de cambio y conservadores de la tradición, pero en realidad, "estas funciones son complementarias".

Luego enjuicia los efectos negativos que ciertas actividades (peyorativamente podrían ser calificadas de politiquería), han tenido sobre la Universidad en general y la escuela médica en particular; entre ellos señala como el peor, al "torremarfilismo", responsable de las grandes dificultades del egresado para ajustarse al medio en donde habrá de ejercer su profesión.

Se refiere también al subjetivismo de todos los métodos de selección de alumnos y a la necesidad de hacer verdadera investigación sobre ello, pues "... nadie se ha atrevido aún a llevar hasta sus últimas consecuencias el método científico para la solución de este problema".

Respecto de la motivación que la escuela debe imprimir en el estudiante, señala como indispensable y urgente... "formularse metas compatibles con el medio en el cual se va a ejercer... e infundir en el alumno la motivación básica que le permita permanecer en un constante proceso de autoformación". Estas consideraciones lo llevan a definir lo que entiende por capacitación adecuada y educación continua; considera indispensables las reformas al currículum y a la metodología docente; la modificación de la educación del graduado... "que debe también descentralizarse del hospital universitario y hacerse en forma escalonada, de la periferia al centro".

Termina con una importante referencia a la investigación científica y con una franca admonición a las escuelas de medicina "...deben tomar una posición de autocrítica que parta de la premisa de que el éxito de sus alumnos es su éxito y la recíproca es igualmente cierta, aunque menos fácil de aceptar".

#### Comentario oficial del Doctor Mario Chávez

Se refiere únicamente al trabajo del Doctor Collado, por no haber conocido a tiempo la ponencia del Doctor Ordóñez Plata.

Encontró contradictorias algunas afirmaciones del autor; por ejemplo, identificar primero al éxito con la felicidad y al trabajo con una actividad lúdica y más adelante referirse al éxito excepcional que sugiere una forma de egotismo, por eso, como esencia de su comentario, podríamos repetir su afirmación de que la solución al problema de qué que hemos llamado éxito del médico, estaría en establecer sistemas para el fomento de la salud, adecuados, que deben integrarse en los servicios que se prestan en todo caso, esté integrado a esos sistemas, tanto en organismos públicos como privados; estarían también integradas las escuelas de medicina.

#### Relato General del Tema 11

Las dudas expresadas por ambos ponentes y por el comentarista oficial respecto de la interpretación o definición conceptual de lo que se quiere expresar cuando se habla de "éxito del médico", llegaron hasta los grupos de trabajo. Unos afirmaron: "es un hecho difícil de definir", otros aceptaron las divergencias de opiniones entre médicos y sociedad; algunos rechazaron los conceptos expresados en las ponencias por estar sostenidos en "axiología y ética cuya aceptación es discutible"; otros en cambio aceptando lo expresado en las ponencias, especularon sobre los mejores procedimientos para lograr el éxito, y en este sentido mientras unos se pronunciaron por la necesidad de una "selección drástica" de bachilleres, otros señalaron la conveniencia de atender no a la formación de médicos aislados, sino de "equipos multidisciplinarios" para la promoción de salud.

Hubo consenso, o mejor, coincidencia de todos los grupos, en señalar reiteradamente la indispensable coordinación de los organismos de educación médica con los de salud pública, servicios médicos y planeación social.

También fué patente el interés de los participantes en la creciente orientación social de la medicina y la preeminencia de la salud pública y en este punto volvió a surgir el papel decisivo de los equipos multidisciplinarios para establecer "el concepto integral de la salud".

Con satisfacción podemos consignar opiniones de los participantes que eludiendo dudas y conjeturas dijeron: "... el éxito del médico hay que expresarlo en términos de eficiencia y productividad"; se asoció así el éxito médico con su adecuación a la realidad del país o región considerada, y se estimó como excelente expresión de esta idea, afirmar que el médico capaz es aquel que logra comprender la realidad de su país en problemas de salud, y proyecta adecuadamente su solución en el futuro.

Como recomendaciones complementarias pueden señalarse las referentes a las indispensables revisiones de currícula, métodos pedagógicos, colaboración de docentes y estudiantes en servicios médicos y de salud pública en la forma más amplia posible.

La atención al problema de éxodo médico fué limitada y sólo se aconsejó para combatirlo, "inculcar en los estudiantes, un ideal de servicio a la patria".

Por último, se propuso agregar que un centro de información de la Secretaría de la UDUAL podría tratar de establecer contacto y colaboración con los ministerios o Secretarías de Salubridad de América Latina para interesarlas en óptimo ejercicio de las profesiones de la salud.

## Tema II: El financiamiento de las facultades y escuelas de medicina en América Latina.

Resumen del documento preparado por el Doctor Ramón Villarreal del Departamento de Educación Médica del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la O.P.S., oficina regional de la O.M.S.

Actualmente, en Latino América, la meta es desarrollar recursos humanos para satisfacer demandas de los grupos mayoritarios, depauperados; esto exige determinación previa de necesidades en lo cuantitativo como en lo cualitativo. La formación de recursos humanos por su parte requiere financiamiento de la educación, o sea, asignación de recursos para el desarrollo.

A lo largo del biennio 1957-58 se realizó una investigación en las 135 escuelas médicas de América Latina, mediante una encuesta acerca de su financiamiento, considerando escuelas a todo establecimiento que gradúa



médicos. Por financiamiento se entendió el conjunto de aportes monetarios necesarios para cubrir los gastos del sistema educacional médico. Presupuesto es la expresión concreta de los planes de finanza; o lo que es lo mismo, el ajuste entre gastos e ingresos para cada ejercicio presupuestario.

De acuerdo con las fuentes de su financiamiento, las escuelas médicas quedaron distribuidas como sigue: Gobierno Nacional 48.8%, Gobierno Estatal 23% (total gubernamental 71.8%), Privada religiosa 6.0%, Privada no religiosa 22.2%, Total de escuelas: 135.

Para calcular los gastos, las premisas fueron: 1. Excluir en lo posible los gastos debidos a funciones asistenciales relacionadas con la docencia. 2. Excluir la participación proporcional de la escuela médica en los gastos de la universidad respectiva. 3. Excluir los gastos extrapresupuestales.

Para su análisis los gastos se dividieron en: 1. Operacionales (personal, materiales de consumo y otros). 2. Inversiones (material y equipo, construcciones).

El estudio comparativo de la distribución de gastos se hizo determinando los valores porcentuales de los recursos, con base en el costo anual por alumno, que se obtuvo dividiendo el gasto operacional, más el 10% de las inversiones de un año, entre el número de alumnos en el mismo período. Así se examinó una muestra de 72 escuelas de 17 países.

Los gastos directos totales fueron de Dls. 59,425,705.80; de ellos operacionales el 85.7%, e inversiones, el 14.3%.

El costo promedio por alumno para las 72 escuelas, fue de Dls. 1,340; el máximo, de Dls. 3.668 en "Indias Occidentales" y el mínimo de Dls. 125 en Bolivia.

Examinando con detalle el cuadro de costos por países, se observa correlación entre costos y número de alumnos; aquellos bajan cuando crece el número de éstos. Así por ejemplo, Argentina con 25,000 alumnos y México con 16,000 registran costo de 350 y 250 Dls. respectivamente, por alumno, con un gasto de 9 millones la primera y 4 el segundo; en cambio, en "Indias Occidentales" el costo por alumno es de 3,667 Dls. y el gasto total, de 1.4 millones de Dls. y 381 alumnos; en Chile, con un gasto total de 6.5 millones y casi 3,000 alumnos, el costo por alumno se acerca a los 3 mil dólares.

El autor juzga necesario continuar y ampliar este tipo de investigaciones para conocer mejor las fuentes y distribución de los recursos; definir mejor los costos y averiguar el "costo por graduado" que daría una medida más precisa de la productividad de las escuelas.

Resumen del comentario del Doctor Ricardo R. Rodríguez, Facultad de Ciencias Médicas, La Plata, Argentina.

Es un trabajo de extraordinaria consición y claridad; destaca la importancia de mantener el adecuado balance entre docencia e investigación.

El presupuesto dice, debe ser no sólo adecuado sino flexible y fácilmente adaptable a los cambios en los programas; debe comprender el renglón de inversiones crecientes en la formación del verdadero equipo de salud que cada país requiere para su desarrollo. Los fondos deben seguir siendo, preferentemente, gubernamentales, como ejercicio de un derecho y un deber que no deben ser declinados u olvidados.

Señala como principal factor de déficit presupuestario, al hospital escuela y recomienda la coordinación de las Facultades con los organismos de bienestar social y salud pública de los países para realizar, mancomunadamente, el manejo y financiamiento de los servicios hospitalarios.

Con relación al éxodo de científicos y técnicos, sus opiniones son claras y contundentes: la causa principal se encuentra, sin duda, en las trabas burocráticas, el ambiente mezquino, el exiguo apoyo económico y humano que frecuentemente rodean, en sus propios países, a quienes han destacado, sobre todo en el campo de la investigación.

Termina diciendo: "Nuestros países deben ya optar... a ser estrellas o planetas... si van a crear luz de conocimientos... o van a reflejar la generada en otros soles... Esto crea dependencia... y un futuro poco promisorio que no alienta ni estimula la lucha por el progreso".

Resumen del comentario del Doctor Miguel R. Barrios, Secretario de la Asociación de Facultades de Medicina de México.

Examinando los diversos aspectos de la investigación realizada destacó la importancia de establecer y desarrollar el manejo especializado de los distintos aspectos de la administración médica, para lograr la mayor eficiencia y el mejor aprovechamiento de los recursos. Los organismos de planeación encontrarían también simplificada su tarea con ayuda de los organismos administrativos, y piensa que estos funcionarios podrían dar más continuidad a los esfuerzos por la mejoría permanente de la educación médica.

#### Relato general del Tema II.

El estudio que los grupos de trabajo hicieron a partir del excelente trabajo del Doctor Villarreal, manifestó un absoluto acuerdo con los resultados de la investigación y las premisas o comentarios contenidos en el capítulo "discusión".

Son de señalarse, por más vigorosas, las siguientes corrientes de opinión:

Es deseable el mantenimiento e incremento de aportaciones mayoritarias de los gobiernos nacionales.

Deben estudiarse, de preferencia por expertos, la cuantía, distribución y aprovechamiento real de los presupuestos de educación médica y para la salud.

Deben mejorarse los sistemas administrativos, y si es necesario crear personal especializado en planificación, administración y economía, para el manejo de estos asuntos.

Deben revisarse las causas de fracaso estudiantil con criterio más amplio y sin olvidar las verdaderas necesidades de los países en materia de servicios médicos y de salud. Los grupos en general, se refirieron con escepticismo a la simplista "limitación de admisiones". Hubo también rechazo al aumento del costo de matrícula, o a su establecimiento en donde no existe.

En resumen, sería deseable elaborar inventarios de recursos y necesidades en cada país; adecuar el número de estudiantes, profesores y escuelas, a esas necesidades. Mejorar el aprovechamiento real de los recursos de la educación y coordinar sus actividades con las de las entidades estatales o privadas encargadas de servicios médicos o de salud.

Tema III: Análisis de las medidas tomadas por las escuelas de Medicina de América Latina para aplicar las recomendaciones aprobadas en la V Conferencia.

Resumen del trabajo del Doctor Jorge Campos Rey de Castro, Presidente de la V Conferencia de Escuelas de Medicina de la UDUAL. Lima, Perú.

El autor considera indiscutible la motivación que las reuniones de los educadores médicos, organizadas por la UDUAL, han producido en beneficio del progreso y el creciente interés en aspectos concretos de la enseñanza médica; sin embargo, es evidente, dice, que gran parte de las recomendaciones y sugerencias hechas en las cinco conferencias anteriores, no se han cumplido. especialmente las que se relacionan con aspectos que escapan del marco natural de autoridad de la propia facultad, para caer, preferentemente en organismos oficiales no representados en las reuniones de la UDUAL.

No estando dentro dentro de los objetivos y estructura de la Unión, la participación de delegados de los gobiernos, es en cambio deseable eliminar el aislamiento existente, creando, en el seno de la Secretaría General de la UDUAL, "una sección permanente encargada de dar forma y cumplir los acuerdos, realizar las encuestas, proporcionar datos y, en fin, mantener la continuidad en el esfuerzo que hoy se desarrolla...".

De las recomendaciones aprobadas en Lima, considera de mayor trascendencia la encuesta y calificación de institutos o centros de adiestramiento de personal especializado, de alta calificación, dentro de nuestra área es asimismo importante, la organización del seminario latinoamericano para el estudio de las ciencias de la conducta como parte de la formación del médico. Ninguna de ellas se ha realizado, y piensa el Doctor Campos, lo mismo que el Doctor Aguirre Beltrán, que esos puntos y los relativos a la participación del médico en el desarrollo social, serían ventajosamente estudiados en una mesa redonda que al efecto se organizara en esta VI Conferencia.

Resumen del trabajo del Doctor Gonzalo Aguirre Beltrán. Relator General de la V Conferencia de la UDUAL. Instituto Indigenista Interamericano, México.

Como el Doctor Campos Rey de Castro, piensa que en el desarrollo de este tema no hay ponentes, sino informantes, pues en el curso de la mesa redonda prevista, los decanos o los representantes de las escuelas, comunicarán las realizaciones o gestiones que hubieren efectuado; así se logrará la continuidad deseada en las labores de la UDUAL.

Hace notar, a este respecto, que fue también en la V Conferencia cuando se logró por primera vez, la elaboración y reparto entre las universidades de América Latina, de los documentos examinados en esa reunión, por lo cual considera deseable que ese precedente sea conservado y en lo sucesivo la UDUAL tenga un órgano encargado de la realización de esta importante tarea.

A continuación hace un excelente resumen de los temas presentados y las recomendaciones elaboradas en la V Conferencia, y para terminar, afirma que después de los movimientos estudiantiles que en Europa y en América han conmovido profundamente nuestras estructuras sociales, aquellos temas tienen tal vez mayor vigencia, pues... "Las necesidades del enfoque social en la medicina de nuestro tiempo se advierte hoy en día con claridad y urgencia mayores".

No hubo comentariastas oficiales, y aunque inicialmente estaba programado que este tema y el siguiente se discutieran en mesas redondas, como lo expresaron también los dos ponentes, solamente se efectuaron discusiones por los mismos grupos de trabajo que examinaron los dos primeros temas.

### Relato general del Tema III.

Las exposiciones a nivel de los grupos de trabajo comprobaron ampliamente los puntos de vista de los dos ponentes. En tres de los grupos se expresó claramente la insuficiencia de la información disponible y para superar esa dificultad, se dió lectura a las recomendaciones de la V Conferencia, tomando a continuación, acuerdos en general aprobatorios y aún encomiásticos para

dichas recomendaciones.

Hubo acuerdo en varios grupos, sobre la necesidad de que la UDUAL sea un órgano representativo de las escuelas de medicina de nuestra región, en la tarea por lo demás indispensable, de mutua información, distribución de tareas y comparación de resultados que deben realizar, en forma permanente, los distintos organismos internacionales interesados en el desarrollo adecuado de la educación y los servicios médicos y de salud.

Tema IV: Caminos y programas para fomentar y utilizar la actividad del alumnado en el trabajo de las facultades de medicina.

Resumen del trabajo del Doctor Ronaldo Luna Azurdia, Universidad de San Carlos de Guatemala.

En primer término se refiere al reciente incremento de impulsos renovadores en las universidades de Latinoamérica y a la simultánea vigorización de tendencias muy definidas en favor de la participación estudiantil en el trabajo de la Universidad; sin embargo, esa participación -dice- se ha limitado al aspecto político administrativo.

Propone ahora la realización de un nuevo programa de participación, que condensa en esta frase: "Participación activa del estudiante de medicina a todo nivel. En la planificación, en la programación educativa, en la ejecución docente y a nivel de evaluación y control de todo el proceso formativo del médico".

Analiza luego, en detalle, cada uno de estos aspectos, refiriéndose a la forma como se ha puesto en práctica el programa en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la cual el programa está dividido en tres fases sucesivas; la primera estudia al individuo, la familia y la colectividad normales; la segunda, a esos mismos sujetos cuando están enfermos, y la tercera en donde se estudian las formas de lograr la recuperación y el control del individuo, familia y colectividad.

Por no haberse logrado todavía acumular suficiente experiencia, pues este sistema ha funcionado corto tiempo, será necesario aplazar las opiniones definitivas. Considera que es ya un hecho haber logrado un contacto más estrecho entre el estudiante y su escuela con lo cual mejora el conocimiento de las necesidades del país y de los constantes cambios en la facultad.

Resumen del trabajo de los doctores Miguel Márquez, Rodrigo Yopez y Mario Chancay, Secretaría Ejecutiva de la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina.

Se inicia el trabajo con un resumen de las actividades de los jóvenes, en tanto miembros de organizaciones estudiantiles en los años

1967 a 1969, bajo la dirección de la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina.

El análisis de esas actividades plantea o revela inquietudes por lograr un mayor rendimiento de las facultades en sus aspectos docente, de investigación y de servicio a la comunidad.

Con esa base, formulan los autores un programa de trabajo en el que exponen en detalle, la participación estudiantil en labores docentes y de investigación, lo mismo que en programas de servicio a la comunidad, o de extensión universitaria; en esta última participarían, además de la Facultad de Medicina, las de Odontología, Ingeniería, Enfermería y Ciencias de la Educación, con dos áreas de trabajo, la urbana y la rural.

Como en el caso del Doctor Luna Azurdia, los autores encuentran necesario esperar un lapso mayor antes de comunicar los resultados definitivos de este programa.

#### Resumen del trabajo del Doctor Rubén Vasconcelos, México, D.F.

Se propone un examen de los aspectos fundamentales del problema lo cual implicaría el cambio substancial de los currícula, la estructura y la administración de las escuelas de medicina.

Con base en datos expuestos en la V Conferencia de Lima, se examinan las limitaciones que los egresados muestran para el ejercicio profesional adecuado en muchas comunidades de América Latina, sobre todo en las áreas rurales.

Para el autor, la rigidez de los currícula y el énfasis excesivo de ellos en la medicina clínica y en la especialización, son responsables de la minusvalía que el estudiante y el médico atribuyen a la medicina general y a las tareas de salud pública.

El trabajo de las Facultades, se define de esta manera: "Preparar al personal necesario para la conservación de la salud orgánica, psíquica y social de las poblaciones y la curación de los enfermos; profundizar y actualizar los conocimientos de los profesionales y cultivo de la investigación bio y socio médica.

Para lograrlo, es indispensable, establecer permanente colaboración de las escuelas con todos los organismos sociales y gubernamentales responsables de la salud pública, la seguridad social y otros tipos de servicios sanitarios y curativos.

Se propone el desarrollo de la educación médica en tres etapas sucesivas; la primera, de educación básica, estaría destinada a la formación del criterio científico del estudiante y al conocimiento de las ciencias fundamentales de la medicina; su duración se calcula en tres años. La segunda etapa sería

1967 a 1969, bajo la dirección de la Asociación Nacional de Estudiantes de Medicina.

El análisis de esas actividades plantea o revela inquietudes por lograr un mayor rendimiento de las facultades en sus aspectos docente, de investigación y de servicio a la comunidad.

Con esa base, formulan los autores un programa de trabajo en el que exponen en detalle, la participación estudiantil en labores docentes y de investigación, lo mismo que en programas de servicio a la comunidad, o de extensión universitaria; en esta última participarían, además de la Facultad de Medicina, las de Odontología, Ingeniería, Enfermería y Ciencias de la Educación, con dos áreas de trabajo, la urbana y la rural.

Como en el caso del Doctor Luna Azurdia, los autores encuentran necesario esperar un lapso mayor antes de comunicar los resultados definitivos de este programa.

#### Resumen del trabajo del Doctor Rubén Vasconcelos, México, D.F.

Se propone un examen de los aspectos fundamentales del problema lo cual implicaría el cambio substancial de los currícula, la estructura y la administración de las escuelas de medicina.

Con base en datos expuestos en la V Conferencia de Lima, se examinan las limitaciones que los egresados muestran para el ejercicio profesional adecuado en muchas comunidades de América Latina, sobre todo en las áreas rurales.

Para el autor, la rigidez de los currícula y el énfasis excesivo de ellos en la medicina clínica y en la especialización, son responsables de la minusvalía que el estudiante y el médico atribuyen a la medicina general y a las tareas de salud pública.

El trabajo de las Facultades, se define de esta manera: "Preparar al personal necesario para la conservación de la salud orgánica, psíquica y social de las poblaciones y la curación de los enfermos; profundizar y actualizar los conocimientos de los profesionales y cultivo de la investigación bio y socio médica.

Para lograrlo, es indispensable, establecer permanente colaboración de las escuelas con todos los organismos sociales y gubernamentales responsables de la salud pública, la seguridad social y otros tipos de servicios sanitarios y curativos.

Se propone el desarrollo de la educación médica en tres etapas sucesivas; la primera, de educación básica, estaría destinada a la formación del criterio científico del estudiante y al conocimiento de las ciencias fundamentales de la medicina; su duración se calcula en tres años. La segunda etapa sería



de estudios en una de las tres ramas fundamentales de la medicina: clínica sanitarista y de investigación científica; en las tres los estudios serían invariablemente teórico práctico, lo que supone la incorporación de los estudiantes a los centros de servicio respectivos; clínicas y hospitales para la medicina curativa, centros de salud para la sanitarista; laboratorios e institutos, para el área de la investigación científica.

La duración de esta etapa sería variable, de 2 a 4 años, según la complejidad del plan elegido, pues los currícula tendrían gran flexibilidad, dejando a elección del estudiante buena parte de sus estudios; esta segunda etapa culminará con la licenciatura del estudiante, es decir, la autorización para el ejercicio profesional; la tercera, de estudios superiores comprendería las maestrías y los doctorados.

Todas las materias que integran los conocimientos médicos actuales serían clasificadas, para integrar los currícula de estas distintas profesiones de la salud, en 4 categorías: I.- Disciplinas fundamentales para todas las ramas médicas. II.- Disciplinas accesorias pero comunes a varias ramas. IV Disciplinas accesorias y particulares para una de las ramas consideradas.

Como ejemplo esquemático se ofrece en la parte final un anteproyecto de distribución de materias según la clasificación propuesta.

Resumen del comentario del Doctor Carlos Campillo Sáinz.

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

En forma concisa muestra acuerdo con el deseo manifiesto en las ponencias, de buscar las formas apropiadas para incrementar la participación de los estudiantes en el trabajo de las facultades.

En seguida expone los procedimientos que la Universidad Nacional Autónoma de México ha implantado desde 1929 para hacer participar a los estudiantes en los asuntos de la Universidad, tanto los de carácter docente y académico, como los administrativos y de política educativa y cultural.

Resumen del comentario del Doctor José E. Sifontes, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, San Juan Puerto Rico.

Se refiere al activismo estudiantil y lo considera como un fenómeno profundo cuyas causas no son bien conocidas. Por eso encuentra acertado ocuparse en buscar remedio a la insatisfacción juvenil, lo mismo son los currícula que con la insuficiente participación estudiantil en su planeación y evaluación; con el énfasis excesivo de la medicina curativa sobre la preventiva, la inflexibilidad de la enseñanza y la usencia de objetivos sociales bien definidos.



No le parece acertado elaborar recomendaciones rígidas para todas las facultades, sino sólo sugerir pautas generales que se orienten hacia el logro de aportaciones estudiantiles fructíferas.

Debe mejorarse la situación económica del estudiante con becas, préstamos o trabajos bien remunerados; también debe fomentarse su buena organización y otorgarle atención e interés en sus opiniones.

#### Resumen del comentario del Doctor José Nine Curt, Puerto Rico.

Se refirió a los tres trabajos presentados con pareja simpatía y generosidad. En ellos encontró, como común denominador, "intensa preocupación renovadora de la actual estructura de las escuelas y el anhelo por una mayor participación del estudiantado en la misión presente y proyección futura de las universidades".

A continuación, hace "en la forma concisa que supone la limitación de tiempo", pero con agudeza y tino, excelentes resúmenes de las ideas centrales de cada trabajo.

Al final se manifiesta franco y entusiasta partidario de extender la participación del estudiantado en la misión de la Universidad, la cual concreta en "cuatro puntos cardinales", irrefutables.

Termina acotando a Ortega y Gasset en sus frases sobre la participación del estudiantado como custodio del orden en la Universidad, asunto que ninguno de los ponentes mencionó.

La cita merece leerse y recordarse completa; sólo repetiremos aquí el párrafo final:

"Son los estudiantes quienes, previamente organizados para ello, deben dirigir el orden interior de la Universidad, asegurar el decoro de los usos y maneras, imponer la disciplina material y sentirse responsable de ella".

Elevados propósitos, posibles únicamente cuando los educadores, siéndolo de veras, logren cultivar tales virtudes en la juventud.

#### Relato General del Tema IV.

A pesar de la unanimidad a favor de la mayor participación estudiantil, presente en los tres trabajos relativos a este tema, opinión destacada igualmente por los tres comentaristas, los grupos de trabajo, orientaron sus discusiones hacia: a) la justificación de que el estudiante participe en el gobierno de la Universidad o de la Facultad; b) el incremento de la participación estudiantil en la estructuración del co-gobierno; c) Dicha participación no sólo en la administración, sino en los aspectos académicos, docentes, de investigación y de evaluación de los trabajos.

Es indudable que el significado de estas inquietudes manifiestas, deben buscarse en la desigualdad actual respecto de la participación estudiantil, pues mientras en algunos países se estableció hace cuatro décadas y se ha mantenido sin dificultades, en otros países se discute y en algunos todavía se rechaza. Por otra parte, analizando las críticas emitidas contra la docencia "autoritaria" y "paternalista", se percibe lo mismo que se ha hecho evidente, desde hace mucho, en otros niveles de la educación, a saber, la inoperancia del verbalismo, del "magister dixit" y de la pasividad obligada del estudiante por el docente mal preparado.

En suma, si no se hicieron nuevas aportaciones ni se lograron fórmulas concretas, sí se expresó en forma unánime y apasionada, la necesidad de reconocer a la juventud estudiantil un papel más activo y fecundo en las tareas de las facultades de medicina, y no por cierto en beneficio de fines egoístas del médico, sino procurando atender las necesidades de medicina y salubridad de nuestros pueblos.

PROPOSITOS GENERALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD  
DE CHILE EN RELACION CON LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA COMUNIDAD.

DOCTORES: Alfredo Jadresic, Decano.  
Héctor Orrego M., Decano Subrogante.

Ponencia Oficial de la Facultad de Medicina de  
la Universidad de Chile.

El objetivo primordial de la Facultad de Medicina es formar profesionales con un cabal conocimiento de la realidad nacional y con la preparación científica y técnica adecuada para comprender y hacer progresar a la medicina moderna. Junto con esto se pretende formar médicos con un claro sentido de responsabilidad social, en forma que sean agentes efectivos de las necesarias transformaciones que nuestro país requiere para salir del estado de atraso económico y social característico de nuestra América Latina. Inherente a esto está el requerimiento de que sean capaces de satisfacer las necesidades de salud del individuo y de la comunidad. El médico debe egresar con una clara comprensión del hombre como unidad biológica, psíquica y social y con un concepto de la medicina integral, necesarios para cubrir en la atención médica los aspectos de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Fuera de estos propósitos inmediatos, se debe tomar en cuenta que nuestros estudiantes son los hombres de 10 a 20 años más, luego se debe formar no solo al médico que se requiere en este momento, sino que a los de un futuro que sólo podemos prever, esto requiere imaginación. No se debe caer en la fácil e imaginativa tarea de pensar que nuestros problemas actuales serán los mismos del mañana. La finalidad de un profesor no puede ser la de formar a un hombre como él, el ya está anticuado y lo estará mucho más en 20 años. Se necesita formar a un hombre que sepa aceptar el desafío de los años que vienen con una actitud que sólo podemos intuir.

Las condiciones socio-económicas e histórico-culturales de nuestro país conducen a una conducta individualista frente a la vida, que tiene por meta el logro de los intereses personales. Se supervalora el status social, profesional y económico, en desmedro al respeto de la persona en sí y de los intereses comunitarios. Por estas circunstancias se corre el riesgo de que las Facultades de Medicina estén formando profesionales que saben mucho de medicina pero poco de cómo aplicarla efectivamente en la población general.

La evaluación de la calidad de los profesionales dedicados a la salud es una función difícil. Los parámetros que se refieren al nivel de instrucción científica, como el número de candidatos aprobados por la Junta Norteamericana de Calificación de Médicos Extranjeros, si bien tienen un indiscutible valor relativo, también tienen serias objeciones. Es evidente que son inadecuados para medir la forma en que la Universidad está cumpliendo con la importante tarea de entregar al país médicos aptos para el desempeño de las labores que exige el medio. Podría ocurrir el hecho absurdo de que el país estuviese formando médicos más capaces de desempeñarse en el extranjero que en su propia tierra. La medicina moderna es un producto de los países desarrollados y altamente industrializados. Es evidente que en ellos, la Universidad y la enseñanza de la Medicina tiene que ir dirigida a llenar las necesidades de esa sociedad. Por esto pone especial énfasis en la medicina individual y personal. Los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, necesitan una educación médica con un énfasis mucho mayor en la comunidad, en la medicina preventiva y en problemas sociales. Junto con este enfoque diferente, el médico va a necesitar trabajar con un gran número de auxiliares, por lo que también requiere adquirir las condiciones de jefe de un equipo médico. Todo esto no significa que en un país subdesarrollado, se deban producir médicos de segunda clase para una nación de segundo orden. Ni tampoco que la enseñanza deba ser más práctica desdeñando la teoría. Es evidente que hay temas y circunstancias donde un hombre sin teorías puede ser el menos práctico de todos. La idea central es que se debe entregar un médico bien preparado tanto en el campo científico como en el conocimiento de la realidad social, antropológica y técnica en la cual le corresponderá desempeñarse. Una evidencia de como las Facultades pueden enajenarse de su papel social lo da una encuesta realizada hace algunos años en nuestro país entre los médicos recién egresados. Esta indicó que en el área de las habilidades y destrezas existían serios vacíos en la formación que recibían, en especial en Obstetricia, Cirugía y Traumatología, disciplinas indispensables en la práctica de un médico general.

Este cambio de actitud también afecta a las llamadas ciencias básicas donde el vertiginoso avance de la ciencia hace que no siempre la información impartida sea lo esencial de la docencia. Es probablemente más importante transmitir una actitud que permita al alumno adaptarse a los cambios que necesariamente van a venir. Es necesario forjar una personalidad de la talla suficiente como para transformar toda la enorme masa de información a que estamos expuestos, en un todo orgánico y vivo, capaz de mayor crecimiento. De lo contrario la educación es estéril. La misma masa de información puede lesionar el poder de selección del alumno no bien formado. En las ciencias básicas la enseñanza se suele cumplir de manera inadecuada por la forma teórica en la cual se entrega un gran bagaje de información, con escasa motivación y técnicas anticuadas, esto lejos de formar científicamente a los alumnos, los aleja de las bases de la medicina, las que les parecen esotéricas y a veces, hasta inútiles. Se da así el absurdo de que a pesar de que se entrega mucha información, no se dan suficientes conocimientos ni formación, produciendo un médico incapaz de entender y de usar el método científico.

Estas condiciones sin duda son variables según los países, lo que señala la necesidad de que cada nación enfoque su propia situación y sus propios problemas. Es inadecuado aplicar indiscriminadamente a un país las experien-

cias favorables de otro. Las Facultades de Medicina deben considerar dentro de sus objetivos el régimen institucional de atención médica del país dentro del cual le corresponderá desempeñarse al equipo de salud. En el caso de Chile, por ejemplo, con una medicina extensamente funcionarizada es fundamental una relación armónica entre la Facultad y el Servicio Nacional de Salud, que es el organismo estatal que controla el 70% de la atención médica del país. La Facultad deberá entregar un médico que, fuera de la preparación técnica adecuada, posea una buena formación para su papel como agente de educación; de consejero y guía para el individuo, la colectividad y las autoridades. Que tenga conocimientos de administración y de planificación, y que esté capacitado para afrontar las situaciones que derivan de las interrelaciones que existen entre la salud del país y los factores económicos, sociales y culturales. Por lo tanto, es de gran importancia infundir en estos profesionales una actitud de servicio a la colectividad, de responsabilidad frente al prójimo, de comprensión científica de la realidad nacional, de capacidad para resolver problemas y de coraje para impulsar los cambios necesarios.

Respecto a las relaciones entre la Facultad de Medicina y el Servicio Nacional de Salud, la Universidad de Chile considera como un principio básico que ella es el único organismo que tiene la facultad de planificar y dirigir la educación superior. Los otros organismos estatales, como el Servicio Nacional de Salud, deben colaborar en forma muy importante con la Educación Superior. La Facultad y los organismos de salud deben participar en conjunto en el estudio de las necesidades y características actuales y futuras de profesionales, concorde a la realidad socio-económica del país. Corresponderá a las Facultades de Medicina elaborar los programas de enseñanza y al Servicio Nacional de Salud los programas de salud del país. Aparece como recomendable la constitución de Comisiones Mixtas docente-asistenciales con representantes de ambas instituciones para compatibilizar ambos programas. La calidad y contenido del Curriculum debe ser el producto de estudios de necesidades, recursos y características realizados por estas Comisiones Coordinadoras mixtas, las que no deben interferir en las labores propias de cada institución. Su relación debe basarse en el respecto y delimitación bien definida de las funciones que le corresponden a cada una.

Es responsabilidad de las Facultades de Medicina proveer el número y la calidad adecuada de los profesionales de la salud que la comunidad requiere. Las instituciones estatales de la salud por su parte deben asegurar el empleo completo de los profesionales que egresan y, al mismo tiempo, proporcionarles las condiciones de trabajo que permitan el desarrollo pleno de sus potencialidades.

Todos los profesionales destinados a trabajar en el equipo de Salud deben ser formados en una Facultad de Medicina multiprofesional. Lo que facilita en la formación de los estudiantes, la práctica del trabajo en equipo. La planificación y el presupuesto que se realiza en forma conjunta a través de un organismo ejecutivo único, facilita la realización de programas, la racionalización de los recursos y la integración de la enseñanza.

En lo que respecta a nuestra Facultad, las necesidades de salud de la comunidad han determinado la política de establecer un curriculum que conduzca a la formación de un médico básico o general, dejando la especialización

para la enseñanza de post-gradó. Se ha considerado que no corresponde a nuestro país, con un déficit evidente en la relación médico por habitante y aún mayor en la relación de los otros profesionales de la salud, formar un médico especializado tempranamente en la Facultad de Medicina.

El Servicio Nacional de Salud, de acuerdo a sus propias necesidades, - ofrece becas a los egresados para salir a provincias inmediatamente después de graduarse, y por otro lado, adquiere con estos becados el compromiso de - que al término de su estada de 3 años en provincias, los trasladará a Hospitales docentes por otros 2 años. En la segunda parte de la beca, estos profesionales tienen la posibilidad de formarse como especialistas en los campos de su predilección. La Facultad contribuye con sus Unidades Docentes, en los Hospitales del Servicio Nacional de Salud, a estas especializaciones.

Nuestra Facultad está empeñada en modificar la formación de especialistas. Hasta hoy ésta se efectuaba casi exclusivamente a través del adiestramiento clínico-práctico en los diversos Departamentos. Actualmente se pretende que la formación de un especialista signifique la adquisición sistemática de la enseñanza integrada básico-clínica, es decir, un especialista debe entender una materia no sólo desde el punto de vista horizontal, sino que también verticalmente; incluyendo las bases fisiológicas, morfológicas y bioquímicas del tema que ha elegido.

Nuestra Facultad ha encarado el problema de formar un médico con las - condiciones ya señaladas desde varios ángulos:

1. Enfoque antropológico y el concepto de la medicina integral.

Para preparar al estudiante en el mejor conocimiento del hombre y de la sociedad y para la comprensión de los factores psicológicos y sociales que influyen en la enfermedad, en la terapéutica y en la rehabilitación, se introdujo con carácter obligatorio la enseñanza de la psicología y de la sociología en el primer año. Recibirán así una base sólida para entender al hombre como una unidad biológica, psíquica y social indivisible, para así desarrollar una medicina más eficiente.

Se ha dispuesto con igual finalidad la integración parcial de las llamadas materias básicas, preclínicas, con la psicología, la psiquiatría y la medicina preventiva y social.

2. El conocimiento de la realidad nacional.

A través de todas las carreras profesionales de la Facultad, se ha puesto particular énfasis en enfrentar tempranamente a los estudiantes a la realidad médico-social chilena, mediante asistencia a hospitales, consultorios y poblaciones marginales. La introducción precoz a la práctica clínica y de la medicina social enfrenta a los alumnos con la realidad médica del país y a sus problemas socio-económicos y culturales y los motiva en relación a los problemas médicos de la comunidad.

En el primero y segundo años, los contactos clínicos tienen sólo el carácter de demostraciones o ilustraciones de problemas. En el tercer año, los

alumnos comienzan a concurrir periódicamente a las salas de hospital, continuando con visitas, encuestas epidemiológicas, dietéticas y económicas en poblaciones marginales de Santiago. En el 4o, 5o. y 6o año concurren regularmente y con responsabilidad creciente al hospital. Es séptimo año es el internado.

### 3. El Trabajo en Equipo.

Uno de los requerimientos fundamentales de la formación del médico en un país subdesarrollado es la comprensión y adaptación al trabajo en equipo. Los alumnos trabajan en equipo junto a las alumnas de Enfermería, Obstetricia, Nutrición, Tecnología Médica, etc. Es de esta modalidad de trabajo que la Facultad espera que surja en forma auténtica en los estudiantes el sentido de mutuo respeto entre las personas y el concepto de definición de responsabilidades de acuerdo a las capacitaciones de cada uno.

### 4. El Internado Rural.

Lo presentado hasta ahora facilita al alumno el conocimiento de la realidad médica y sanitaria en un medio esencialmente urbano como es el de Santiago. Sin embargo, un porcentaje importante de la población de Chile reside en sectores rurales, ya que en el 68% de la población censada como urbana se ha incluido un 46% que vive en aldeas de menos de 5,000 habitantes. Por ello, nuestra Facultad consideró necesario introducir también un programa de internado rural.

En algunas Escuelas de colaboración médica, tales como Obstetricia y Enfermería, ya se había desarrollado en los años 1967 y 1968 programas de prácticas en Areas Rurales. Estas tienen 2 meses de duración. Este programa se ha extendido a todos los estudiantes de medicina. Los objetivos específicos de este programa son:

- a. Dar a los estudiantes la oportunidad de comprender y valorar las características culturales de una comunidad rural.
- b. Adquirir experiencia profesional en el medio rural; realizar una práctica simultánea de varias disciplinas fundamentales de la atención médica, con un enfoque integral.
- c. Obtener una visión general y práctica de la planificación y administración de la atención médica.
- d. Participar en las actividades del equipo de salud rural, integrar un equipo de salud formado por los estudiantes, contribuir al mejoramiento de la atención médica rural, contribuir a la aproximación de los Departamentos Universitarios frente a la realidad rural.
- e. Contribuir a la coordinación entre el Servicio Nacional de Salud y la Universidad de Chile.

La dirección y control de este programa depende de una Comisión integrada por representantes de todas las carreras profesionales de la Facultad de Medicina. Tiene además la función de recoger información básica en las áreas rurales, de establecer los contactos formales con el Servicio Nacional de Salud y de determinar los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el desarrollo del programa.



En el proyecto original de la Facultad, el equipo de internos estaba constituido por estudiantes de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Tecnología Médica y Nutrición y Dietética. Al concretarse el convenio con el Servicio Nacional de Salud, el equipo reducido, para 1969, a estudiantes de Medicina, Enfermería y Obstetricia por limitaciones en los recursos económicos.

La cantidad y la calidad de las actividades desarrolladas en lo que va de este semestre de 1969, supera largamente las expectativas más optimistas que planteara la Facultad. Entre las actividades desarrolladas se cuentan las siguientes: censos de población y vivienda; investigaciones de las condiciones económicas, sociales, educacionales y culturales, investigación clínico-epidemiológica de algunos problemas de salud de mayor prevalencia e importancia; programación y puesta en marcha de nuevos programas asistenciales, tales como control del niño sano, diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades maternas, planificación familiar, control de la tuberculosis, enteroparasitosis, etc.

Un ejemplo de esta actividad lo da Coquimbo, área que por poseer sólo - 20% de población rural, ha creado dificultades para el desarrollo de actividades que permitan cumplir los objetivos del internado. Con la participación activa de los internos y de los profesionales de esa zona, se planificó y se puso en ejecución un programa de atención médica integral en la posta de Tierras Blancas, población suburbana de Coquimbo, ubicada más o menos a 13 Km. de la ciudad, con una población de 10,000 habitantes. Esta población carecía absolutamente de atención médica antes del programa. La participación de los internos, no sólo fué decisiva en llevar atención médica al lugar, sino que - además, y a través de contactos personales con la comunidad y sus organismos, así como de las autoridades de Gobierno, de la Salud y Municipales, posibilitaron la ampliación de un local en malas condiciones que existía en el pueblo. Se construyó una nueva sala de espera y dos piezas para la atención pediátrica, las que además fueron completamente habilitadas por los internos y con recursos proporcionados por la comunidad.

Otro ejemplo es el de Coinco, un pueblo absolutamente rural, que tenía un pequeño hospital donde había algunos elementos tales como centrífuga, microscopio y otros, los internos realizaron los trámites administrativos con el Servicio Nacional de Salud, logrando completar el equipamiento de un laboratorio clínico donde ahora se pueden realizar los siguientes exámenes: glucosuria, glicemia, albuminuria, cuerpos cetónicos, velocidad de sedimentación, baciloscopía, hemograma y clasificación de grupos sanguíneos, nada de lo cual existía anteriormente.

La supervisión de los internos por parte de las unidades docentes de Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría y Salud Pública es uno de los hechos que es preciso destacar. Hasta el momento se hace una supervisión semanal - los días sábados, lo que da lugar a una reunión clínica, a una visita conjunta, a la discusión de los problemas administrativos o técnicos, a la supervisión de normas y técnicas, etc. La visita alternada de docentes de todas - las especialidades, ha significado una mejoría substancial en muchas zonas - de la atención quirúrgica y médica del Hospital. En la práctica, esta supervisión ha determinado una nueva forma de regionalización docente y asistencial



y ha permitido a los docentes de la Facultad conocer una realidad total o parcialmente desconocida, lo que sin duda se traducirá a su vez en una reorientación de los programas de la enseñanza que tienen a su cargo.

Los docentes y estudiantes, en esta experiencia, han podido captar en la práctica el importante papel que ocupa la comunidad cuando se la incorpora a la planificación de cualquiera acción que tienda a elevar los niveles de salud y han aprendido igualmente la necesidad imperiosa en nuestro país de proyectar el trabajo clínico fuera del Hospital. En este aspecto se cumple uno de los postulados esenciales de toda Facultad de Medicina Moderna y que interpreta debidamente el papel que debe jugar frente a la comunidad.



## I N D I C E

	Pags.
Presentación.	I
Comité Organizador.	1
Relación de Facultades (Escuelas) de Medicina representadas.	2
Relación de Delegados Asistentes.	4
Proyecto de Reglamento para el desarrollo de la VI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.	12
Programa.	15
Discurso de Inauguración pronunciado por el Presidente de la VI Conferencia Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, Dr. Julio de León Mendez.	19
Procedimientos y Recursos para la promoción por las Escuelas de Medicina del éxito profesional del médico en la América Latina. Por el Dr. Antonio Ordoñez Plaja	23
Las Facultades de Medicina (Escuelas) de América Latina y el éxito del médico. Por el Dr. Rolando Collado.	30
Comentario a las ponencias del Tema "Procedimientos y Recursos para la Promoción por las Escuelas de Medicina del Éxito Profesional del Médico en América Latina". Por el Dr. Mario M. Chávez.	53
Informe Unificado del Tema I.	55
El financiamiento de las Facultades y Escuelas de Medicina en la América Latina. Por el Dr. Ramón Villarreal.	58
Comentario al trabajo "Consideraciones acerca del financiamiento de las Escuelas de Medicina en América Latina ". Por el Dr. Miguel R. Barrios.	71
El Financiamiento de la Facultad y Escuelas de Medicina en la América Latina. Por el Dr. Ricardo R. Rodríguez.	78
Relato Unificado del Tema II.	80
Análisis de las Medidas Tomadas por las Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina para Aplicar las Recomendaciones Aprobadas en la Precedente V Conferencia. Por el Dr. Jorge Campos Rey de Castro.	82

	Pags.
Análisis de las Medidas Tomadas por las Facultades y Escuelas de Medicina de la América Latina para Aplicar las Recomendaciones Aprobadas en la Precedente V Conferencia. Por el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán.	84
Relato Unificado del Tema III.	88
Caminos y Programas para Fomentar y Utilizar la Actividad del Alumnado en el Trabajo de las Facultades de Medicina. Por el Dr. Ronaldo Luna Azurdia.	89
Caminos y Programas para Fomentar y Utilizar la Actividad del Alumnado en el Trabajo de las Facultades de Medicina. Por los Dres. Miguel Márquez, Rodrigo Yepes y Mario Chancay.	95
Caminos y Programas para Fomentar y Utilizar la Actividad del Alumnado en el Trabajo de las Facultades de Medicina. Por el Dr. Rubén Vasconcelos.	105
Comentario al Trabajo "Caminos y Programas para Fomentar y Utilizar la Actividad del Alumnado en el Trabajo de las Facultades de Medicina" Por el Dr. Carlos Campillo Sainz.	120
Actividad del Alumnado en las Facultades de Medicina, Comentario del Dr. José E. Sifontes.	124
Comentario a las Ponencias del Tema "Caminos y Programas para Fomentar y Utilizar la Actividad del Alumnado en el Trabajo de las Facultades de Medicina. Por el Dr. José Nine Curt.	126
Relato Unificado del Tema IV.	131
Relato General de la VI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de Latinoamérica. Por el Dr. Rubén Vasconcelos.	132
Propósitos Generales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en relación con las necesidades de salud de la comunidad. Por los Dres. Alfredo Jadresic, Decano y Héctor Orrego M. Decano Subrogante.	145
Indice.	152

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA  
 LATINA. CENTRO DE INFORMACION Y  
 DOCUMENTACION UNIVERSITARIAS.