

**PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE ENSEÑANZA
DE POSTGRADO EN EL AREA DE LA SALUD**



I n f o r m e F i n a l

Santiago de Chile
Noviembre, 1977

UNIVERSIDAD DE CHILE

**PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE ENSEÑANZA
DE POSTGRADO EN EL AREA DE LA SALUD**



I n f o r m e F i n a l

Santiago de Chile
Noviembre, 1977

UNIVERSIDAD DE CHILE

PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE ENSEÑANZA

DE POSTGRADO EN EL AREA DE LA SALUD

INFORME FINAL

INDICE

1. Discurso Inaugural del Sr. Rector Delegado de la Universidad de Chile, General de División Don Agustín Toro Dávila.
2. Discurso del Presidente de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, Dra. Carmen Velasco Rayo, Decano de la Facultad de Medicina Occidente.
3. Discurso del Dr. Carlos Dávila, Representante OPS/OMS para Chile.
4. "Responsabilidad de la Universidad en la Enseñanza de Graduados" Sr. Sergio Chaigneau Cofré, Vicerrector de Asuntos Académicos, Universidad de Chile.
5. Introducción, Antecedentes y Mecánica del Seminario, Dra. Sylvia Segovia P., Coordinador General del Seminario, Director de Oficina de Graduados, Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile.
6. "La Enseñanza de Graduados en Chile" Prof. Dr. Luis Figueroa G., Director de la Escuela de Graduados.
7. "Política del Ministerio de Salud en la Utilización de los Recursos Humanos en Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia". Dr. Angel Guzmán, Jefe del Depto. de Recursos Humanos - Ministerio de Salud Pública.
8. "Experiencia Colombiana en la Estructuración de Programas y Certificación de Postgrado". Prof. Dr. Rafael de Zubiría, Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Experto de la Oficina Sanitaria Panamericana (en prensa).

INFORME FINAL

INDICE

1. Discusión Inaugural del Sr. Rector, Delegado de la Universidad de Chile, Consejo de División con Asesoría Tercer División

2. Discusión del Presidente de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, Dra. Carmen Velasco Reyes, Decano de la Facultad de Medicina Oscuriana

3. Discusión del Dr. Carlos Davis, representante OPS/OMS en Chile

4. "Responsabilidad de la Universidad en la Enseñanza de Graduados" Sr. Sergio Chaignon Cortés, Vicepresidente de Asesoría Asesoría Universidad de Chile

5. Introducción, Antecedentes y Metodología del Seminario, Dr. Sergio Segovia P., Coordinador General del Seminario, Director de OMS en Chile, Facultad de Medicina Oscuriana, Universidad de Chile

6. "Las Enseñanzas de Graduados en Chile" Prof. Dr. Luis Segovia, Director de la Escuela de Graduados

7. "Política del Ministerio de Salud en la Formación de los Recursos Humanos en Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia", Dr. Angel Garmaza, Jefe del Departamento de Recursos Humanos - Ministerio de Salud Pública

8. "Experiencia Colombiana en la Interacción de Programas y Certificación de Postgrado", Prof. Dr. Rafael de la Cruz, Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Excmo. de la Oficina Nacional de Postgrado (en proceso)

9. "El Sistema de Residencia en la Formación de Especialistas".
Dr. José Roberto Ferreira, Jefe División de Recursos Humanos e Investigación OPS/OMS.
10. Conclusiones de los Cuatro Trabajos Grupales :
 - a) Grupo de Medicina Interna
 - b) Grupo de Cirugía
 - c) Grupo de Pediatría
 - d) Grupo de Gineco-Obstetricia
11. Consolidado
12. Resultado de la Evaluación del Seminario
13. Resumen de la Sesión Plenaria Final y proposiciones de temas a analizar en futuros Seminarios.

PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE ENSEÑANZA

DE POSTGRADO EN EL AREA DE LA SALUD

Inauguración

General de División
Don Agustín Toro Dávila
Rector Delegado
Universidad de Chile

Nuestra Universidad, a través de su historia, ha tenido una unidad permanente en su fundamento filosófico conceptual. Sabemos que la gran misión de nuestra Casa de Estudios presenta dos aspectos que están estrechamente vinculados entre sí y que sin embargo, apuntan a realidades diferentes. En efecto, por una parte, la Universidad se muestra como un centro de alta cultura y asume una responsabilidad específica en la formación de una conciencia objetiva y crítica de la sociedad chilena. Por la otra, establece el imperativo de proyectarse en forma dinámica y abierta hacia la comunidad que la sostiene y en la cual se encuentra inmersa. Don Andrés Bello concibió ambas facetas de la misión universitaria, pensando en el adecuado equilibrio que debe existir entre las labores académicas de investigación pura y la labor docente de formación profesional.

Por otra parte, Ortega y Gasset refiriéndose concretamente a la misión de la Universidad, con mucha razón ha expresado que ésta no sólo necesita estar en contacto con la ciencia, so pena de anquilosarse, sino que necesita también contacto con la actividad pública, con la realidad histórica, con el presente. Afirma el gran filósofo español que la Universidad tiene que estar siempre abierta a la plena actualidad y, lo que es más, tiene que estar en medio de ella.

Las anteriores consideraciones son plenamente vigentes en la presente ocasión en que inauguramos en forma solemne el "Primer Seminario sobre Enseñanza de Postgrado en el Area de la Salud". El tema, de gran importancia para la Universidad, implica en su desarrollo metodológico a lo menos dos consideraciones de gran trascendencia y valor. El primer aspecto dice relación con la adecuada formulación y

definición de la enseñanza de postgrado en general. El segundo se refiere al carácter específico que debe tener esta enseñanza de postgrado en el área de la salud.

La enseñanza de pregrado termina con el otorgamiento del grado académico o del título profesional correspondiente y, si bien es cierto éstos representan la habilitación para ejercer las actividades profesionales, no marcan ni pueden marcar el término de una tarea de estudios y de investigación. Los conocimientos van, día a día, aumentando en ámbito y en profundidad, las tecnologías se van modificando y haciendo cada vez más complejas. Por otra parte, la necesidad de ejercer las profesiones en áreas geográficas muchas veces alejadas de los centros de estudio y pobres en recursos humanos y materiales, impiden a muchos profesionales ir obteniendo el beneficio real de la experiencia que han ido acumulando. De aquí entonces que la idea del postgrado sea algo inherente, algo propio del ejercicio mismo de cualquiera actividad profesional.

Es por eso que estimamos este Seminario que dice relación con la Salud - factor de primera importancia en el desarrollo socioeconómico de un pueblo -, tiene trascendencia no sólo para nuestras universidades sino para el país entero. Como universidades, no sólo tenemos la obligación de entregar a la sociedad profesionales idóneos, capaces intelectual, física y moralmente para ejercer sus actividades en óptimas condiciones, sino también, contribuir con todos nuestros esfuerzos para mantenerlos en esas condiciones óptimas. Es un deber imperioso que no podemos eludir si queremos enfrentar seriamente la tarea integral que nos compete como centros de Enseñanza Superior.

Estamos ciertos que dada la acuciosidad con que se ha preparado el programa y la calidad de los relatores y participantes, el buen éxito de este Seminario será una realidad concreta y que las conclusiones a que en él se lleguen y las recomendaciones que se susciten en torno a las materias tratadas, serán de gran importancia tanto en el plano universitario como en el nacional e internacional.

Como lo expresé anteriormente, como Universidad tenemos que dar solución a los grandes problemas que asedian al hombre chileno y sabemos que el de la Salud tiene un carácter prioritario. Por ello es que este Seminario, al contribuir a mejorar el nivel de enseñanza de postgrado en esta área, está también contribuyendo para obtener una posibilidad cierta de alcanzar la meta de mejorar la calidad de la vida humana de nuestro pueblo.

Señoras y señores, me permito felicitar muy sinceramente a todos aquellos que tuvieron la feliz iniciativa de realizar este importante evento, a todos aquellos que con especial interés y esfuerzo lo han programado y organizado. Me hago un deber en expresar públicamente, como un compromiso formal, que esta Universidad -consciente de su misión- apoyará siempre, con todos sus medios y esfuerzos, la concreción de iniciativas que como la que hoy inauguramos, tienda a lograr un mejor y más eficaz rendimiento y un mayor desarrollo del conocimiento científico y cultural de nuestros profesionales.

Con gran satisfacción declaro inaugurado el Primer Seminario Nacional sobre Enseñanza de Posgrado en el Area de la Salud y deseo a todos sus Directores, Relatores y Participantes el mejor de los éxitos.

INAUGURACION DEL PRIMER SEMINARIO SOBRE ENSEÑANZA

DE POSTGRADO EN EL AREA DE LA SALUD. -

Prof. Dra. Carmen Velasco Rayo
Presidente Asociación Chilena de
Facultades de Medicina.

Decano Facultad de Medicina Occi-
dente. Universidad de Chile.

Es motivo de gran complacencia para la Asociación Chilena de Facultades de Medicina haber impulsado el estudio de un Programa Nacional de Formación de Graduados, que haya tenido tan amplia acogida en la Universidad de Chile, y en la Organización Panamericana de la Salud, y podamos congregar hoy día a esta selecta concurrencia de Académicos provenientes de todo el país. Nueve Facultades y Escuelas de Medicina están representadas con 45 delegados, 4 de ellos médicos post becarios de cada una de las Especialidades Clínicas Básicas, que enriquecerán con su visión renovadora los grupos de trabajo. Completan este Seminario, la presencia de dos Asesores Internacionales de reconocido prestigio, el Dr. José Roberto Ferreira, Jefe del Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, y el Dr. Rafael de Zubiría, Experto en Programas de Postgrado.

El interés que ha promovido este Seminario, el espíritu que anima a sus participantes de contribuir con su talento y experiencia al esclarecimiento de los problemas planteados en el programa aseguran el éxito.

El 6 de Julio de 1955, la Universidad de Chile, a través del decreto N° 2361, aprueba el Primer Reglamento de la Escuela de Graduados en Medicina y Ciencias afines, que regulariza la enseñanza de Postgrado, existente ya por más de 50 años, y que tiene por objeto atender a todos los aspectos de la Enseñanza de Graduados en Medicina y Ciencias afines, y debe preparar, organizar y realizar los diversos tipos de cursos, proponer los programas respectivos, relacionar la función universitaria con el Servicio Nacional de Salud, los Colegios Profesionales correspondientes y las Sociedades Científicas, así como con toda otra actividad que tenga vinculación con el perfeccionamiento de los

Graduados.

Existe en ese entonces una Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, y la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción.

El 7 de Septiembre de 1961, el decreto N° 6820 de la Universidad de Chile modifica el reglamento anterior, establece la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, que tiene por finalidad atender todos los aspectos de la Enseñanza de Graduados en Medicina.

En 1962, en la Tercera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina realizada en Viña del Mar, bajo la presidencia del Dr. Hernán Alessandrini, se recomienda constituir en cada país, Asociaciones de Facultades de Medicina, que en conjunto formarán la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, organismo no gubernamental, de carácter exclusivamente educacional y científico, que se propone contribuir en forma organizada y progresiva al perfeccionamiento de la Educación Médica en las Américas.

Nace así en 1962 la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, siendo su primer Presidente el Profesor Dr. Amador Neghme.

Desde entonces la Asociación Chilena de Facultades de Medicina ha funcionado en forma ininterrumpida desarrollando una labor en total concordancia con sus objetivos de impulsar el perfeccionamiento de la formación de recursos humanos para el campo de la Salud, y está integrada por los Decanos y Directores de las seis Facultades y Escuelas de Medicina de la Universidad de Chile : Norte, Occidente, Oriente y Sur de Santiago, de Valparaíso y de Temuco; por la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, por la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción y por la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Valdivia. Todos sus miembros se reúnen periódicamente para tratar problemas afines con sus responsabilidades Universitarias.

En 1973, se firma un convenio con el Honorable Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas, asumiendo la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, el carácter de Comisión Permanente Sectorial de Salud, para los efectos de asesorar al Honorable Consejo en materias de su incumbencia.

Integra la Comisión Nacional Docente Asistencial del Ministerio de Salud (CONDAS), donde asume la representación universitaria,

en la estrecha integración que existe en Chile desde siempre entre Universidades y Ministerio. Mantiene coordinación con los organismos del Colegio Médico de Chile, que se preocupan del perfeccionamiento médico y acabamos de participar en el 3er. Seminario de Formación Profesional Médica.

En el ámbito internacional ha alcanzado un sitio destacado en la gestión de la Federación Panamericana de Facultades o Escuelas de Medicina y ha logrado que la Organización Panamericana de la Salud la reconozca como un organismo representativo para el desarrollo conjunto de programas destinados al perfeccionamiento docente de profesionales de la Salud.

Nuestro país ha hecho un enorme esfuerzo para aumentar sus recursos humanos en Salud. En Medicina, en 1962 egresan 143 médicos de la Universidad de Chile, 34 de la Universidad de Concepción, 20 de la Universidad Católica, lo que hace un total de 197. En 1976 se reciben 572 médicos de los cuales la Universidad de Chile forma 353, la Universidad de Concepción 137, la Universidad Católica 56 y la Universidad Austral de Valdivia 26. Esto significa una enorme tarea en el campo de la Educación continuada en Medicina.

De los escasos cupos para residencias hospitalarias que había en un comienzo, cuya mejor demostración está en el Artículo N° 13 del Reglamento de la Escuela de Graduados de 1961, que señala que "durante el primer año los residentes becarios residirán obligatoriamente en el Hospital recibiendo alojamiento y comida gratuita", hemos llegado hoy día a tener una enorme carga docente en nuestras Universidades y hospitales del Servicio Nacional de Salud, y a modo de ejemplo, quiero señalar que este año la Facultad de Medicina Sur tiene 115 médicos en distintos programas de formación, 13 de ellos extranjeros. La Facultad de Medicina Norte tiene 81 becarios, 15 de ellos extranjeros. La Facultad de Medicina Occidente, 129 médicos en formación, de ellos 19 extranjeros.

Este enorme incremento de Graduados en formación ha llevado a cada Facultad a constituir Oficinas de Graduados locales, que tienen la responsabilidad de organizar su enseñanza en cada Facultad o Escuela de sus Universidades respectivas.

En 1972, la Asociación comenzó a estudiar conjuntamente con el Director de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile, Dr. Luis Figueroa Geisse, y el Secretario Ejecutivo Dr. Emilio Amenábar, la organización de una "Oficina Nacional de Graduados" que coordina-

ra la enseñanza de Graduados que realizan las distintas Universidades del país.

Esta iniciativa no ha logrado prosperar todavía, a pesar de los documentos enviados a distintos niveles universitarios.

Simultáneamente con este anhelo y respondiendo a necesidades reales de legislar sobre estas materias, Universidades, Colegio Médico, Ministerio de Salud y Sociedades Científicas han trabajado incansablemente en un proyecto sobre Especialidades Médicas, que logre aunar criterios respecto a la formación de Especialistas y su ulterior certificación que tengan reconocimiento nacional e internacional.

Estamos observando este año, un incremento importante de solicitudes de postulantes latinoamericanos, que desean formarse en nuestro país, debido al alto nivel alcanzado por nuestra Medicina, y al cierre relativo de EE.UU. al perfeccionamiento de médicos extranjeros por acuerdo del Congreso de EE.UU. en 1976.

Por las razones antes señaladas la Asociación Chilena de Facultades de Medicina tomó la iniciativa de propiciar a principios de este año la realización de este Primer Seminario Nacional sobre Enseñanza de Postgrado en las Especialidades Clínicas de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-obstetricia, con participación de todas las Universidades Chilenas, que ha sido entusiastamente acogido por la Universidad de Chile que lo ha organizado y ha recibido el patrocinio oficial del Gobierno de Chile a través del Ministerio de Salud, y cuenta con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud.

Iniciamos hoy la primera etapa de estos Seminarios.

Estamos ciertos que con la experiencia adquirida por nuestros académicos a través de muchos años de Enseñanza de Graduados en Chile, y con la participación de los jóvenes post-becarios que nos acompañan, podremos aunar criterios que nos permitan tener programas nacionales, realizados en Centros debidamente acreditados, con una evaluación también nacional, que podamos ofrecer a nuestros médicos, y dar satisfacción a las demandas de profesionales de América Latina.

Deseo manifestar nuestro profundo agradecimiento a la Universidad de Chile, que no ha escatimado esfuerzos para lograr su desarrollo y a la Organización Panamericana de la Salud, por haber hecho posible la realización de este Primer Seminario.

Es responsabilidad de todos los presentes, representantes de las distintas Facultades de Medicina, el mejor logro de nuestros propósitos.

DISCURSO DEL DR. CARLOS DAVILA, REPRESENTANTE OPS/OMS.

Agradezco a los organizadores del Primer Seminario sobre Enseñanza de Postgrado en el Area de la Salud, la oportunidad que me han dispensado para representar a la Organización Panamericana de la Salud en esta Sesión Inaugural. Después de lo expresado por quienes me antecedieron en la palabra, sólo me queda exponer algunos comentarios de carácter general, para que sean considerados como puntos de reflexión, durante las importantes deliberaciones que tendrán lugar en el desarrollo del Seminario.

Quiero referirme a algunas características de los problemas en el área de la salud contemporánea y destacar la relación que esta problemática debe tener con la formación de recursos humanos de salud en general y con la carrera médica y especialidades en particular.

Los avances de la ciencias y tecnología en muchos de los países del mundo moderno, entre los que se encuentra Chile, han producido modificaciones trascendentales en el medio ambiente, en los métodos de diagnóstico y tratamiento y en los sistemas organizativos de los servicios de salud. Estas modificaciones han trascendido a su vez en la estructura de la población, en las tendencias de la morbilidad, en el incremento de la demanda de servicios y en el aumento de los costos de la atención en salud.

La población aumenta no sólo en términos globales, sino en los grupos etarios de mayor edad, mediante el logro de una mayor expectativa de vida. Este cambio en la estructura de la población, conlleva el incremento de problemas de salud que determinan nuevas y complejas características, que hacen más difícil su control y a la vez producen mayores grados de invalidez en la población; valgan como ejemplos las altas tasas que se observan en enfermedades cardio y neuro vasculares, el cáncer y otras entidades de larga evolución, que constituyen hoy, una de las primeras causas de muerte. Sin embargo, estas tendencias en mortalidad no representan cambios significativos en la morbilidad tradicional, salvo los logrados en el control de un buen número de enfermedades transmisibles.

Los progresos tecnológicos nos han ayudado a conocer mejor la etiopatogenia de muchas enfermedades y nos han permitido controlar la mortalidad de algunas de ellas; pero a su vez han producido, mediante la utilización de técnicas y equipos sofisticados y el requerimiento de personal más calificado y oneroso, un notable aumento en los costos de la

atención médica.

El avance tecnológico se ha orientado más hacia las actividades de diagnóstico y tratamiento que a las de fomento y protección de la salud, dándose en el mundo, la paradoja, de que coexistan en la actualidad, las técnicas médicas más eficaces de la historia, con el mayor número, en valores absolutos, de personas que no tienen acceso a ningún tipo de atención de la salud.

Para corregir esta situación de desequilibrio, el sector salud debe organizarse en forma tal que permita la extensión de la cobertura de sus servicios a la totalidad de la población, con un amplio programa de atención primaria destinado a satisfacer las necesidades básicas de salud pero que debe estar adecuadamente articulado con los niveles de atención de mayor complejidad.

Estas consideraciones sobre el sistema de servicios de salud y sus modalidades organizacionales y estructurales, podrían parecer fuera de lugar en una reunión destinada a analizar la Enseñanza de Post-grado en el Area de la Salud. Pero, como afirmaba recientemente el Director de la Organización Mundial de la Salud, "los médicos y otros trabajadores de salud son proclives a adaptarse al sistema de salud vigente, aunque hayan sido preparados para desempeñar funciones muy distintas" . . . , "por lo tanto, primero es necesario modificar el sistema de salud y luego formar a los médicos para que se desempeñen en ese sistema" . . . , "los recursos humanos en salud", continúa el Director "carecen de significado y objetivo cuando se los considera aisladamente; sólo son un instrumento de la atención de la salud".

Como resultado del análisis anterior, la formación del médico general y de los especialistas en las ramas clínicas básicas, debe estar orientada hacia los servicios de salud que la población requiere.

El Ministerio de Salud Pública de Chile ha emprendido una re-organización del sector, mediante la programación y estructuración de una regionalización administrativa y funcional de los servicios de salud. Tiene como meta la máxima utilización de los recursos enfocando con certeza criterios de planificación y formación de los mismos, y la ampliación de la cobertura de servicios a toda la población. En las áreas rurales, la cobertura se instrumentará sobre la base de postas de salud, dotadas permanentemente de personal auxiliar capacitado especialmente para esa función, bajo la supervisión de médicos y enfermeras que articulan la atención primaria con los demás niveles de atención, mediante me-

canismos de referencia. En las áreas urbanas se está dando un mayor énfasis a la atención ambulatoria por diversos mecanismos.

Este sistema, con una amplia base de servicio, podrá ser encarado en cuanto a las necesidades de internación hospitalaria; sin embargo en cuanto a las necesidades de atención ambulatoria de carácter profesional, estimamos que existe un déficit de médicos generales especialmente capacitados para desarrollar este programa fundamental.

Serán esos médicos generales y los especialistas de las ramas clínicas básicas los que al nivel ambulatorio permitirán la adecuada solución de gran parte de los problemas de salud, produciéndose así, las condiciones necesarias para alcanzar un alto grado de eficiencia en la otorgación de los servicios, sin menoscabo de su calidad y eficacia. Por ello resulta de la mayor trascendencia la realización de esfuerzos, como el presente, en los que el sistema educacional en el Área de la Salud, revisa sus programas, crea vínculos con las entidades que se ocupan de los requerimientos de un sistema de servicios y ofrece pautas de racionalización en las tareas de planificar y formar un recurso humano, que se adecúe más y mejor a la satisfacción de las necesidades de salud del Pueblo Chileno.

En nombre del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, expreso a todos los participantes de este Seminario mis mejores deseos por el éxito de esta valiosa y delicada tarea.

RESPONSABILIDAD DE LA UNIVERSIDAD EN LA
ENSEÑANZA DE GRADUADOS

Sergio Chaigneau Cofré
Vicerrector de Asuntos Académicos
Universidad de Chile.

En su desarrollo, distinguiré algunos elementos vinculados con las características de la Educación, el rol y actividades de la Universidad y los condicionantes de la acción universitaria en el mundo de hoy. Finalmente, terminaré con un acápite destinado a la enseñanza de graduados, en general, y, en lo particular, sobre aquellas formas que estamos adoptando en la Universidad de Chile al objeto.

Hecha esta introducción de ordenamiento del tema, paso entonces a considerar la cuestión de las características de la educación.

Características de la educación.

La educación es un servicio económico y un bien irrenunciable, una vez adquirido. La característica de este tipo de bienes es que solamente son objetizables en el momento de su entrega. No pueden ser transformados, no pueden ser almacenados ni introducidos antes de tiempo sino que necesitan de la existencia de un sistema doble, maestro y alumno, para ser llevados a cabo, aunque el maestro se exprese epistolarmente. Esta característica de actividad económica le da cierta particularidad a la educación, puesto que, le obliga a ser entregada en un momento del tiempo y en un espacio físico, sin posibilidades mayores de poder evitarlo. (1)

La segunda característica de la educación es que es un bien

(1) Posteriormente, examinaremos mi planteamiento sobre la tecnología educativa que podría, eventualmente, evitar algunos procesos temporales mediante alternativas de simulación.

social. Gran parte de la educación contempla aspectos sociales o toma la característica de un bien social. Es indiscutible que la formación en educación básica produce un proceso rápido de socialización del sujeto al grupo social al que se integra permitiendo una comunicación expedita y la transmisión de valores para que ese mismo grupo social pueda sobrevivir. En otras partes de la etapa educacional, la educación pasa y puede ser tratada como un bien privado, como un bien de características divisibles que le permitan transarse por unidades, pudiendo ponerse la ventaja de lo conseguido en un sujeto particular y establecer un precio, en el que el valor privado otorgado a esa educación podría coincidir bastante bien con el valor que la sociedad le otorga a la misma. Pero, extrañamente hacia el término de la educación, vuelve la misma a tomar el sentido de un valor social, de un bien social. La educación superespecializada, aquella necesaria para que el conocimiento pueda evolucionar, aquella necesaria para cumplir con lo que veremos, es el rol de la Universidad, tiene un impacto mucho más allá de las simples ventajas individuales y, por lo tanto, la difusión de esas ventajas en el grupo social vuelve a darle una importancia extraordinaria y un tratamiento que puede ser de excepción.

El tercer elemento que me permito caracterizar en la educación es que, normalmente, está estructurada de por sí en un proceso ordenado, progresivo y selectivo que, solamente, permite un avance lento en la evolución del conocimiento, tremendamente requirente de esfuerzos y altamente autoselectivo. Ahora, la estructuración de este proceso selectivo, progresivo y ordenado, establece un sistema educacional bastante bien diferenciado y del cual las Universidades forman parte en la cúspide superior del mismo. Es decir, las Universidades tienen una responsabilidad en la institucionalidad social de preocuparse por la enseñanza, mantención y creación del saber superior.

Establecido así el papel de la Universidad dentro del sistema educacional, es conveniente que observemos el rol y las actividades de la Universidad.

El rol y las actividades de la Universidad.

Ya en 1930, en los alrededores de 1930, un pensador como Ortega y Gasset definió a la Universidad por su elemento característico y creo que esa definición es bastante válida hasta el momento de hoy.

En realidad, el rol de la Universidad, lo que la caracteriza, es su preocupación por la ciencia y la cultura.

La preocupación por la ciencia, por el saber y el método es lo que identifica a la Universidad, lo que le da su rol. Pero como la ciencia es un proceso agregativo, no neutro al medio ni frente al mismo y que se ve influenciada por otros intereses más allá que los propios del mero conocer, nos encontramos de que la ciencia también importa en la cultura, en la forma en que la sociedad resuelve sus problemas.

La ciencia es exigente, exige interacción entre las diferentes áreas del conocimiento para satisfacer cabalmente el ansia de conocer. Esto implica que las Universidades deben cultivar la universalidad del saber para ser tales y desarrollar instituciones que logren una fecunda interacción entre las diferentes áreas de conocimiento. Las áreas de conocimiento de que hablamos, o las ciencias de que hablamos, son todas aquellas que tienen que ver con las llamadas ciencias exactas, biológicas, psicológicas, sociales y sus instrumentalizaciones y técnicas instrumentales.

De otro lado, en el conocer no solamente interesa satisfacer la angustia por lo conocido, por el conocer ya conocido, sino también buscar métodos que, ordenadamente, permitan transferir conocimiento y permitan explorar nuevo conocimiento.

Esta ansia de conocer no proviene sólo de la satisfacción del autoconsumo, de la autoafirmación, sino de la necesidad de poner el conocimiento al servicio de algo más notable que la propia existencia individual, el grupo social. Esta pretensión, este deseo, que se introduce en la conducta no proviene de un hecho aislado sino que del natural esfuerzo del hombre por ubicarse en una posición de conductor, en una posición de liderazgo que se espera sea recompensada por un espaldarazo social. Este rasgo que, a mi juicio, no es característico sólo de la persona humana, sino que aún de las instituciones, pone a las acciones del mero conocer, otras, destinadas a cumplir un liderazgo, liderazgo que pretende adentrarse en el cambio conductual e institucional a objeto de imponer normas conductuales renovadas. Entonces el rol de la Universidad no solamente es su preocupación estricta por las ciencias, por el conocer metodologizado, sino que también tiene propósitos de un ejercicio pleno de libertad individual y pretensión de liderazgo. Es decir, se busca el conocimiento para ejercer la libertad de definir la cultura de nuestro tiempo y espacio, así como la institucionalización que debe darse.

Por otro lado, el rol de la Universidad no se ve limpio de otras acciones. Como todo organismo superior, como toda entidad superior tiene tareas de subsidiariedad que la obligan a absorber, a incurrir en actividades que conforman su acción actual. La Universidad ha debido y deberá por mucho tiempo actuar por subsidiariedad en lo referente a la enseñanza de niveles semisuperiores, lo que algunos pensadores han dado en llamar un sistema de educación terciario. También, como otros han destacado, debe actuar subsidiariamente en la investigación tecnológica que no es llevada a cabo por otras instituciones, tales como las empresas e industrias. Las incipientes condiciones de mercado y débil estructura industrial no les permiten comprometerse en una investigación tecnológica industrial propia, como sucede en naciones más desarrolladas.

En lo que se refiere a las actividades de la Universidad, ésta es conocida por realizarlas variadas. Entre ellas está la llamada investigación, es decir, los métodos con los cuales se pretende conocer más allá de lo conocido y acrecentar el conocimiento y que va vinculado a una estricta docencia a través del aprendizaje de destrezas que se da en ese mismo proceso.

También, es actividad de la Universidad, otra forma del conocimiento: la llamada creación que es, a mi juicio, un conocimiento premonitorio, una expresión de belleza, una conjunción de lo no pensado y vislumbrado sin un proceso metodológico establecido.

Estas dos expresiones que dan origen a lo más rico de la Universidad, están acompañadas por otras actividades como son la docencia en aspectos profesionales científico y tecnológico que son abordadas por cualquier Universidad como una de las instituciones de alternativa, basado, como decía, en el principio de subsidiariedad. Obviamente, todas estas actividades dan origen a un proceso de resultados que algunas veces se ha dado en llamar extensión.

Otra actividad universitaria es la de administración de un cuerpo orgánico complejo como es la estructura de una corporación. Tal administración debe entenderse, a mi juicio, como la de una dirección académica que involucra cierta capacidad orientadora en cada nivel de la institución, la que debe ser diferenciada de aquellas tareas de administración de apoyo que son necesarias para una actividad institucional.

En este complejo mundo de educación superior y de profusas actividades es aparentemente empañado el rol central de ciencia y cultura de la Universidad. Ello es aún más complicado. La acción universitaria está condicionada por numerosos determinantes, algunos de los cuales quisiera destacar.

Condicionantes de la acción universitaria.

La evolución del conocimiento científico y tecnológico y su aplicabilidad ha venido expandiéndose a tal velocidad en el transcurso del tiempo en todos los frentes de la ciencia, es decir, en los aspectos instrumentales, en las llamadas ciencias exactas, las del humanismo, las de las agrupaciones sociales y las del sujeto psíquico. Esta expansión que ha ocurrido en el tiempo, se prevé que puede continuar y es un problema que no debe confundirnos. Es un problema de larga gestación y que tiene que ser abordado, también, en forma progresiva. Así, también, la idea de la aplicación utilitaria de lo sabido ha llegado a ser un elemento de reconocimiento de éxito, lo que obviamente ocurre en el transcurso de un proceso. La simple erudición, la sabiduría y la creencia han sido conmovidas por la aplicación útil, por la creación operativa.

Estos dos elementos de la evolución del conocimiento científico y tecnológico y su aplicabilidad, vuelvo a insistir, son fenómenos de largo plazo y deben ser abordados en el largo plazo. Me explico. Día a día, el conocimiento se modifica y se amplía pero para conocerlo también se debe abordar en un proceso día a día. No es posible crear una condición estática para poder enseñar un conocimiento, puesto que, el propio proceso de educación al insumir tiempo deja obsoleto, elimina, agota, desgasta el esfuerzo emprendido para entregar el conocimiento hasta el momento en que se consolidó. Por lo tanto, parte del proceso educativo debe estar en poder dar una formación sólida que permita al sujeto, posteriormente, poder conectarse a los maestros, aún en los casos de los campos tecnológicos y profesionales.

Ahora, otro es el problema inmediato. La expansión del conocimiento y el uso de los recursos establece varios dilemas en el corto plazo. Un primer dilema es, cuál es el lapso de tiempo que es conveniente para poder entregar los conocimientos?. Esto es pertinente, dado que estamos consumiendo tiempo útil de personas que están en condiciones de edad activa como fuerza económica de trabajo. Es claro que el lapso de tiempo debe ser mucho más constreñido para las formaciones de tipo profesional y técnico que para las formaciones de tipo

científico, donde el propio tiempo es un elemento de autoalimentación útil.

Otro dilema de corto plazo es que, teniendo escaso tiempo debemos tomar decisiones sobre a qué lo dedicamos. Si lo dedicamos a la entrega de contenido o la entrega de una motivación para aprender. Es evidente, que es posible que haya algún grado de combinación de ambas alternativas pero, por lo general, he aquí un dilema que hay que resolver.

Una tercera incógnita se refiere a, con qué grado de intensidad se penetra en los contenidos o en la motivación de aprender?. Es posible que se organice mejor el sistema de adquisición de conocimientos en un proceso progresivo y selectivo. Este enfoque de progresividad permitiría hacer vinculaciones con la mecánica cultural porque, a la adquisición de conocimientos se podrán adicionar las inquietudes indagatorias que deberían tener los niveles superiores, para, finalmente, culminar con posiciones valóricas que deberían gobernar el buen uso de la sabiduría, la erudición y la fé. (2)

Otro problema a considerar como condicionante en una acción universitaria, en cualquier lugar y momento, es la particularidad de los recursos que se involucran a ella. En primer lugar, los recursos físicos requeridos para la educación son de una gran dispersión, están sometidos a un cambio rápido puesto que van incorporando la innovación tecnológica que va ocurriendo en todas partes. Por otro lado, en los recursos humanos hay una gran tendencia a la homogenización, derivada de una formación formal muy uniforme y obtenida a través de los estudios sistemáticos. Pero, este conjunto de sabios, eruditos y crédulos, este grupo homogéneo, desde un punto de vista instruccional y formativo, viene, permanentemente, en ordenarse estrictamente mediante lo que podríamos llamar o designar, la excelencia académica.

Aunque el término es difícil de definir uno podría explorar. Cuando se produce la síntesis, la maduración. Cuando al contenido se agregan la indagación y los elementos valóricos, se llega a establecer

(2) He aquí, que muchas veces se piensa que en este problema de corto plazo la introducción de tecnologías de la educación pueden coadyuvar enormemente a resolver este problema entre los recursos gastados y la adquisición de conocimientos en el corto plazo. Básteme señalar

una categoría que es reconocida por sobre sus iguales, aparece el verdadero profesor, aparece la excelencia académica y aparece una estricta ordenación. Producida esta ordenación nos está permitido actuar selectivamente para escoger a quienes deben participar en la fijación de las normas, quienes se deben hacer cargo de la conducción académica y quienes deben ser emulados.

Este cuerpo de sujetos ordenables por su excelencia académica y que constituyen un cuerpo de alta especialización, de alto conocimiento sistemático, poseen una característica más vital derivada de la forma en que la propia Universidad lo ha formado: poseen agresividad cultural. Esta calificada opinión debe utilizarse en beneficio del gobierno de la institución que conforman estos mismos académicos. Desconocer esta agresividad cultural conduce al aislacionismo, una técnica de resistencia pasiva empleada por quienes eludiendo su responsabilidad con el grupo se vuelca hacia el autoconsumo, hacia la autosatisfacción del conocer por el mero conocer y, que provoca grandes daños en la organización de cualquier grupo social, especialmente, en una Universidad. Es entonces del todo conveniente que estas características de dinamismo, desigualdad dentro de la igualdad y agresividad deben ser orientadas por el gobierno universitario para conjugar esas fuerzas en un proceso de participación selectiva que es perfectamente aceptado dentro de la Universidad y que permite que se puedan poner en contacto las diferentes áreas del conocimiento. No es sólo un compromiso de eficiencia sino que es inteligente permitir la participación de los profesores y demás individuos en lo que es útil y apropiado.

Además de las conveniencias útiles, hay que establecer que el ordenamiento jerárquico debe ser precisado porque es la única manera de gobernar la institución y dirigirla. A estas alturas de la humanidad es inconseguible la presencia de filósofos, de personas completas que cubran todas las áreas del saber en ellas mismas para que gobiernen una particular área del conocimiento. Es necesario organizar la Universidad en cuerpos que se interaccionen e intercambien el conocimiento en las diferentes áreas del saber. Si así no fuese habría de surgir una es-

que esta analogía con el proceso productivo presenta falsificaciones de la verdad. Hoy día el problema productivo está pensado estrictamente como el de producción en base a la utilización de recursos, no siendo la tecnología una variante exógena al proceso mismo. En primer lugar, este enfoque del tecnologismo educativo da la sensación de un aporte gratuito, de

estructura de mando con toda fuerza, puesto que, en una acción difusa sin una actitud coordinadora, sin una acción directriz a la cual alleguen los mejores sus mejores opiniones, algunos allegados al espíritu universitario podrían distraer a la Universidad de su verdadero camino y ello haría que surgiese, por sobre estos abusos transitorios, una posición jerárquica que encaminase a la Universidad hacia su verdadera senda. Experiencias de este tipo, evidencias sobre este fenómeno no es necesario buscarlas muy lejos en el tiempo, y debe ser permanentemente una inquietud que esté en el espíritu universitario para que no repitamos, con otras justificaciones, errores que ya se desarrollaron y vivieron.

Bien, explorado este conjunto de antecedentes me parece pertinente o mejor dicho me parece apropiado poder entrar en un sentido general y, algunas veces con alguna especificidad, a las particularidades de la enseñanza de graduados en la Universidad.

La enseñanza de graduados en la Universidad, y en la Universidad de Chile.

De los argumentos anteriormente expuestos, la Universidad aparece como el lugar propio para la enseñanza de graduados y para ellas es una de las posibilidades más válidas, máspreciadas, de poder cumplir su rol. La enseñanza de graduados constituye, por lo tanto, una responsabilidad única de la Universidad en sus aspectos más superiores. En otras variantes menos exigentes puede compartir esta responsabilidad con otras instituciones.

Dado el carácter progresivo que presentan las formaciones, aún en la educación superior, en la actualidad, en nuestro país, es obvio que la enseñanza de graduados constituye el proceso de culminación en el perfeccionamiento. De inmediato es conveniente señalar que la enseñanza de graduados debe proseguir, necesariamente, después de la formación de un nivel de pregraduados. Esto entra a vincular este nivel con las características de formación de tipo académico o profesional que una Universidad realiza en otros niveles menores de formación. Además, dada la característica de modificación dinámica de los cono-

una incorporación gratuita de mayor eficiencia. Esto es irreal, ya que hay, una necesaria simultaneidad en el desarrollo de los recursos que obliga a que el capital humano asociado con los aspectos físicos evolucionados tengan que modificarse, modificación que puede tardar, en general bastante tiempo, aún cuando se cuente con la técnica, con la simulación adecuada.

cimientos, este nivel está englobando a enseñanzas de reactualización que deben estar cubriendo, en muchos campos de orden profesional, el poder traspasar algunos aspectos del dinamismo tecnológico que afecta a las profesiones. Por ello en la enseñanza de postgrado, de graduados, podemos distinguir grandes rubros. Aquellos de enseñanza sistemática de graduados, que estaría refrendada por programas académicos de graduados conducentes a certificaciones de títulos de especialización los que solamente un cuerpo como una Universidad está en condiciones de desarrollar en forma sistemática y con la dedicación del caso. Estos programas de graduados pueden ser de tipo profesional o bien conducentes a grados académicos, siendo los primeros aquellos que se introducen sobre una mayor especialización e incorporándose al inquerimiento científico como una variante importante de esta misma formación. En cambio, la formación de postgrado en los grados académicos no solamente incorpora estos elementos de indagación sino que también un sentido valórico.

Otras formaciones de postgrado, es decir, después del grado, que no presenten esta característica sino que sean formaciones de tipo asistemático pueden estar a cargo de otras instituciones también como de la Universidad. Esta acción de perfeccionamiento permanente puede ser abordada por cuerpos solventes sin otra pretensión que dar una formación especializada sobre un determinado asunto, que no persigue transferir una inquietud indagatoria y valórica per se. También la Universidad lleva a cabo programas que realizados en un período de postgrado, están destinados a producir una especialización particular. La Universidad algunas veces puede servir como campo de perfeccionamiento, de estada, sin que haya una pretensión ni la posibilidad que obtener una formación completa que contemple la entrega de algunos elementos muy sutiles como es la creación de un ambiente de indagación, la inquietud y ansias por conocer, que se transfieren en un largo proceso cotidiano a través de la vinculación profesor-alumno. Quiero decir entonces que para la Universidad es obvio de que su responsabilidad en la enseñanza de graduados es un hecho y que aborda con propiedad excluyente cierto tipo de formación de graduados, en especial aquella estructurada en planes sistemáticos de tipo profesional científico o de formación cien-

Por otro lado, la generación de tecnología es, a su vez, un proceso que insume recursos, puesto que la tecnología no se puede trasplantar sino que necesariamente adaptarse. Cabe entonces tener cuidado con las enormes esperanzas que se ponen en una acción como esta o, al menos considerar un período de sobreinversión.

tífica destinada a entregar formaciones completas sobre determinadas materias y no la simple prestación de servicios. Tampoco descarta la Universidad otras actividades de perfeccionamiento en el postgrado pero allí no tiene pretensión de responsabilidad exclusiva puesto que en la entrega de técnicas o de conocimientos aislados puede haber otras organizaciones que sean tan solventes como lo es una Universidad a tal objeto.

Los programas de graduados, evidentemente, tienen extensión, lapsos de tiempo. Es obvio que este lapso de tiempo se extiende mucho más a medida que formalizamos, que sistematizamos la formación de graduados. Los cursos de postgrado en actividades de perfeccionamiento pueden ser de corta duración y normalmente van desde algunos días hasta algunas semanas, para progresar en extensiones muy largas, bastante largas, cuando avanzamos hacia los programas sistemáticos en la formación científico-profesional o científica. También es claro de que lo más requirente en tiempo son las formaciones de mayor nivel, por ejemplo, en el campo de la medicina los programas de especialistas que ustedes van a discutir son concebidos en la Universidad de Chile como programas sistemáticos de especialización con duraciones mínimas de tres años, por lo general.

Otro aspecto de interés en la enseñanza de graduados es que la Universidad debe estar completamente consciente de que el acceso a estos programas debe ser bastante selectivo y en alguna forma, dado su impacto social, es conveniente que sean casi libres de pago, situación que se torna más clara en la medida que el programa se oriente más hacia el conocimiento científico.

La enseñanza de graduados puede ser abordada indiferentemente desde un ángulo disciplinario o bien desde el ángulo de un tema. La Universidad, y en especial la Universidad de Chile, no debería establecer ninguna preferencia por el método de lógica seguido sino que aceptarlo en una adecuada interrelación, ya sea que las interrogantes sean respondidas en una estructura organizada principalmente en base a la disciplina y/o asociación de disciplinas, o bien a estructuras en que las interrogantes se contesten desde el propio ángulo del tema. Por lo tanto, la Universidad de Chile no debería hacer cuestión de si una enseñanza de graduados se entrega en una estructura de Departamento-Facultad o en otro Centro-Instituto en el que, como digo, las diferencias podrían estar desde el abordamiento disciplinario o desde el temático.

Tampoco es pretensión de la Universidad de que su formación

de graduados tenga que ser necesariamente entregada por ella misma en términos estrictos. Mediante la acreditación de centros docentes, la Universidad puede coadyuvar a su propia acción a objeto de conformar el curriculum que el programa sistemático obliga a cumplir para entregar una formación completa de nivel de postgrado.

De otro lado, es necesario precisar que el sistema de financiamiento de los alumnos de postgrado es un problema accesorio que no debe obligar a la Universidad a comprometer su responsabilidad formativa ni de excelencia, ni su visión sobre el asunto.

Quizás un asunto de interés para el auditorio será referirnos en parte a la estructura de gobierno que estamos examinando en la Universidad y que en alguna forma nos permite anticiparles la manera en que estamos estructurando la organización de los estudios y el proceso de participación en la Universidad de Chile.

La Rectoría ha decidido la creación de Comités Académicos por Areas del conocimiento en los cuales se ha radicado una función asesora, especialmente, en lo que se refiere a generación de política universitaria. En estos Comités, con la colaboración de los académicos de más alto nivel, se pueden examinar temas de interés al área y aconsejar criterios de normatividad a la Rectoría para su decisión.

Estos Comités, a su vez, cuentan con subcomités permanentes al nivel de programas de pregrado y de postgrado. El Subcomité Permanente de Postgrado está constituido por los Directores de los Programas de Graduados de las Facultades y Unidades que componen el área pertinente. Ellò permite mantener un valioso intercambio de experiencias y al actuar como cuerpo colegiado permite informar con solidez técnica al Comité Académico del Area respectiva las alternativas que exigirían de decisiones de política para poder llegar a ser instrumentadas. Una de las más importantes de estas materias es justamente los planes de estudios en la enseñanza de graduados, es decir, el qué se debe hacer.

De esta manera, es posible lograr varios objetivos que son muy caros a la Rectoría de esta Universidad. En primer lugar, la normatividad queda unificada aún cuando hayan muchas unidades ejecutivas que aborden una misma tarea como, por ejemplo, el interesante caso de Medicina en el Area de la Salud. Es sabido que la Universidad de Chile tiene, por su extensión territorial, algunas de las carreras de esta Area otorgadas en muchas Facultades y Sedes. La posibilidad de discu-

tir las particularidades de como se aplican estos programas en cada una de las unidades pertinentes nos permite centrar la normatividad hacia la definición de una uniformidad básica común, en que se respeten los objetivos de la formación, las escuelas de pensamiento que sobre esta materia pueden surgir, y las formalidades mínimas que nos permitan asegurar una equivalencia en las formaciones que se estén dando en diferentes unidades.

Por otro lado, este tipo de organización nos permite preservar la ejecutividad en manos de las estructuras académicas (como clásica, la Facultad) puesto que, la coordinación, ejecución y supervisión de la actividad académica solamente se encontraría particularizada dentro de un campo común que es definido mediante un proceso de lata y rica discusión.

La experiencia que hemos logrado y ganado con el caso específico de la operación, por más de ocho meses de este tipo de gobierno, de este tipo de acción, en el campo de la Salud, he hecho a la Rectoría extender este mecanismo de interacción al resto de la Universidad.

Tampoco he de dejar de destacar que el proceso de participación selectivo perseguido ha comenzado a operar y, según lo esperado ha comenzado a ramificarse. El análisis sustantivo, la recuperación de posiciones de la Universidad de Chile, nos hace esperar con optimismo que del rico diálogo que se está llevando a cabo en la Universidad de Chile habrán de resultar posiciones concretas en muchos campos que permitirán a otras Universidades, a otros centros del país, ver con tranquilidad como la Universidad de Chile, Universidad Estatal y con responsabilidades representativas del Estado, ofrece soluciones dignas de imitar y fáciles de analogizar.

Como siempre sucede en toda exposición, las inquietudes que se transmitan deben ser tales que motiven al ejercicio del intelecto. Ojalá haya habido en lo mío algunas de tales motivaciones pero lo que sí no habrán dejado de observar es con qué tranquilidad, producto de un largo diálogo académico, podemos exponer incógnitas, que, en muchos casos, deberán ser exploradas profusamente por ustedes que van a analizar específicamente qué es lo que debería ser la enseñanza de graduados en un campo específico como es el del Area de la Salud.

Muchas gracias.

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y MECANICA

DEL SEMINARIO

Dra. Sylvia Segovia P.
Coordinador General del Seminario
Director de Oficina de Graduados
Facultad de Medicina Occidente
Universidad de Chile.

Con esta Ceremonia Inaugural culminan los preparativos del Primer Seminario Nacional sobre Enseñanza de Postgrado cuya organización ha sido una de las primeras responsabilidades asumidas por el Subcomité Permanente de Postgrado del Comité Académico del Area de la Salud, dependiente de la Vicerrectoría de Asuntos Académicos de la Universidad de Chile y se inician las deliberaciones sobre un aspecto del quehacer Universitario en Medicina que, como todo proceso docente debe estar sometido a una constante evaluación.

La amplia acogida que ha tenido la iniciativa propuesta por la Asociación Chilena de Facultades de Medicina en todos los sectores que se preocupan de la docencia de Graduados y en especial de los que atañen a los Programas de Formación de Especialistas, no hace sino poner en evidencia la necesidad imperiosa que existe de analizar coordinadamente los múltiples problemas que se han acumulado a través de los años y en los cuales inciden factores determinantes de variada naturaleza. Prueba de ello es el auspicio gubernamental a través del Ministerio de Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Conscientes que la tarea es enorme y difícil ya que varios de los problemas han adquirido diversos grados de prioridad, lo importante es que se ha decidido iniciarla y el cumplimiento de cualquiera de los objetivos que puedan proponerse por limitado que parezca llegará a constituir un verdadero progreso en este campo si la simiente fructifica y la secuencia del trabajo no se detiene al clausurarse este Primer Seminario.

El esfuerzo de todos los que han colaborado en hacer que este primer encuentro sea una realidad se verá plenamente justificado si

cada uno de los participantes lleva a su Centro de Trabajo las inquietudes aquí planteadas, con el objeto de comunicarlas, discutir las y adaptarlas a su realidad manteniendo vivo el espíritu de seguir cumpliendo los objetivos pendientes hasta lograr una estructuración de la Enseñanza de Graduados que satisfaga las inquietudes de todos los sectores involucrados, a las cuales no hacen más que traducir, cada uno en su quehacer, su deseo de servir como chilenos.

Muchos son los antecedentes que se han tenido en cuenta para considerar la necesidad de estos encuentros, la mayoría de ellos ya han sido analizados por la Dra. Carmen Velasco, Presidente de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, otros surgirán en las exposiciones de los relatores Oficiales de este primer día de actividades.

Sumariamente, la necesidad de revisar y actualizar los programas, adecuándolos a las realidades de la Medicina actual y a las realidades nacionales en cuanto a número y tipo de especialistas a formar; a la necesidad de determinar los criterios de acreditación de los Centros Formadores y de establecer normas de evaluación que permitan hacer comparables los resultados de la formación, etc.

De allí que se considerara como una meta inicial operante el analizar los programas de Formación de Especialistas de las cuatro disciplinas Clínicas Básicas, los que ofrecen importantes aspectos de discusión de los cuales pueden surgir conclusiones generales de aplicación posterior a otras especialidades y planteamientos en cuanto a sus respectivos niveles de desarrollo como especialidades generales o como superespecialidades.

En cuanto a la Mecánica, durante este primer día se han programado exposiciones conceptuales cuyo marco de referencia es imprescindible para el desarrollo posterior de los Grupos de Trabajo.

Estos a su vez se han dividido por especialidades pero las Sesiones plenarias de lectura de las conclusiones de cada Tema serán conjuntas por cuanto consideramos que aún cuando los programas son diferentes, las discusiones generales son enriquecedoras.

Agradecemos a todos los que han colaborado el entusiasmo con que lo han hecho y les invitamos a seguir motivados ya que la tarea a desarrollar es ardua y toda participación para estructurar y hacer cada vez mejor nuestra Docencia de Postgrado, es bienvenida.

Muchas gracias.

"LA ENSEÑANZA DE GRADUADOS EN CHILE"

Prof. Dr. Luis Figueroa Geisse
Director Escuela de Graduados.

Juro por Apolo el médico y Euscuslapió y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas poniéndolos de jueces, que éste mi juramento será cumplido hasta donde tengo poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres: el participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica y no a otras personas.

Llevaré adelante ese regimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y del error. A nadie le daré una droga mortal, aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan esa práctica. A cualquier casa que entre iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción.

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres, que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto o soy perjuro.

Este primer código de los deberes y derechos de la profesión médica, atribuído a Hipócrates, encierra los principios básicos del

ejercicio profesional.

Algunos preceptos fundamentales constituyen este juramento :

Una invocación a la divinidad griega, que podría homologarse al respeto del maestro, dándole a su vez una jerarquía extraterrenal.

Un conjunto de principios éticos, que en su totalidad hacen la respetabilidad del médico.

Un permanente deseo de enseñar a grupos de selección que se puede interpretar como el inicio del progreso y la organización programada de la medicina.

Una entrega total en beneficio del enfermo, que textualmente significa devoción profesional.

Un respeto por sobre todo a la vida humana expresada en el escrito Hipocrático : "La impericia es un mal haber, mal fondo para quienes la llevan consigo noche y día, extraña a la confianza y al contentamiento, la impericia nutre a la timidez y a la temeridad; a la timidez que revela impotencia; a la temeridad que revela inexperiencia. Hay en el fondo dos cosas : saber y creer saber. Saber es la ciencia, creer saber es la ignorancia". Otro aspecto : Demostrar a través de lo que se hace el respeto moral indispensable como parte del mensaje médico.

Hacer lo que se es capaz de hacer, sin invadir campos especializados que no le competen, pensamiento que toma toda su actualidad en el ejercicio profesional actual.

Todo este conjunto de obligaciones morales y técnicas hace de la profesión médica lo más respetable en la universalidad del ser humano. Siguiendo el pensamiento Hipocrático es muy deseable que la comunidad lo sienta, lo sepa y lo demuestre. Nace una primera preocupación de cómo lograr penetrar este contenido desde el estudiante de medicina hasta la muerte intelectual de quienes abrazan la profesión.

Con herencia de 25 siglos de perfeccionamiento, el médico moderno es el actual eslabón de una cadena, con la responsabilidad propia del médico de la época cuya función intrínseca es responder a las necesidades de sus semejantes. Por ello está sujeto permanentemente a la fuerza proveniente del pasado con todo el peso de su riqueza científica y

la presión derivada del aporte de las técnicas cada vez más precisas y en forma permanente se incorporan al trabajo médico, su inquietud se acrecienta por la influencia de la presión social; nadie desconoce hoy día la participación y preocupación de los médicos por este tipo de problemas en buena parte derivados de la exigencia masiva de atención de la gran masa trabajadora. Aún más, el avance tecnológico, el desarrollo vertiginoso de los conocimientos básicos aplicados a la medicina, ha obligado al desarrollo de un tipo de profesionales que incorpore el progreso a la atención de muchos.

Esta realidad de la medicina impone una revisión de los programas de educación y entrenamiento. El aumento explosivo de la información biológica, el progreso espectacular en las ciencias físicas afines, los avances de la genética y la citobiología han introducido al aprendizaje nuevas disciplinas que abren el camino a la especialización.

Es un antiguo y fundamental problema frente a cualquier proceso de renovación, tratar de conciliar la seguridad y el progreso, la tradición y lo nuevo. Seguridad sin progreso equivale a estacnación y decadencia; progreso sin seguridad conduce a la anarquía. Son verdades que encierran la posibilidad de un desarrollo armónico en cualquier proceso de vida.

Una buena educación debe ser el fruto de una experiencia adquirida, guiada, moldeada, repleta de oportunidades, pero siempre con un acento de inquietud por indagar en profundidad, con esa necesaria libertad creadora que satisface la energía inagotable de los años mozos.

Hemos vivido el sistema de las grandes clínicas, donde la opinión de un sólo hombre fue ley por muchos años sin la participación responsable del equipo, perpetuándose una tradición limitando la iniciativa. Esto no significa permitir el libertinaje desenfrenado de una juventud superficial que no es capaz de encontrar su propia responsabilidad. Ciertamente significa que hoy día, particularmente en medicina, debe existir un equilibrio jerárquico en el grupo de trabajo que permita el maravilloso milagro de sumar la actividad creadora de muchos para lograr el progreso que reclama la medicina actual.

Hemos asistido a una reforma que ha pretendido compartir entre muchos la responsabilidad del proceso. Como toda iniciativa revolucionaria deja cadáveres, caídos injustamente en el vaivén de las circunstancias; el ímpetu avasallador nacido en arrolladoras asambleas, crea situaciones difíciles de controlar, aún frente al mejor esfuerzo en la búsqueda del equilibrio; fueron tiempos muy recientes que hoy busca el fiel del péndulo

como una necesidad. Es así como la juventud, toma conciencia de la importancia de restablecer principios que se hacen necesarios en cualquier proceso de cambio, cuando el objetivo es mantener una organización que de una estructura básica esencial para el progreso.

La enseñanza de graduados y su Escuela, sufrió profundamente este período de inquietante desorden; mantuvo su estructura, en ocasiones con un esfuerzo sobrenatural, permitiendo dejar el cimiento para la educación futura de la educación de graduados en el país. Estamos viviendo el momento y cada uno de nosotros tiene una responsabilidad que debe afrontar.

El equilibrio entre la destreza, juicio clínico y el conocimiento de la ciencia básica aplicada constituyen los pilares de cualquier proceso docente. Para que ello sea posible es necesario programar, tutelar y evaluar la formación en un centro acreditado. Entre nosotros la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile, ha tenido fundamental participación en la organización de la enseñanza de Graduados en el país. Con antelación las perspectivas de formación estaban entregadas a la propia iniciativa del interesado con el aporte ocasional de instituciones como el Servicio Nacional de Salud, las Sociedades Científicas y la propia Universidad. Es así como, si un médico graduado deseaba especializarse, lo hacía bajo su exclusiva responsabilidad, sin ningún control y por último se autotitulaba especialista. Es cierto que se formaron especialistas idóneos que han hecho progresar la medicina nacional alcanzando un alto nivel internacional, pero también es cierto que ello es producto del esfuerzo muchas veces desproporcionado, de grupos de médicos que han logrado un perfeccionamiento desordenado con innumerables vacíos. La condición del rápido avance científico, las nuevas modalidades del ejercicio profesional y las exigencias técnicas cada vez mayores, hizo necesario coordinar las actividades encaminadas a la enseñanza y adiestramiento de los graduados.

La facultad de Medicina de la Universidad de Chile, frente a esta situación, creó en 1952 la Comisión de Graduados y Becas, la cual en Octubre de 1954 se transformó en la Escuela de Graduados. Por su parte, el Servicio Nacional de Salud abocado al mismo problema, acordó crear un sistema de becas para promover la formación y capacitación de especialistas. Alguno de estos becados fueron puestos bajo control de la Escuela de Graduados y otro grupo quedó bajo la dependencia exclusiva del Servicio Nacional de Salud. El tiempo demostró una serie de inconvenientes derivados de la dirección dual, con programas, controles y obligaciones diferentes.

En Febrero de 1961 se suscribió un convenio entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud para unificar los esfuerzos y desarrollar en conjunto los planes de adiestramiento para graduados. Fue de responsabilidad de la Escuela de Graduados establecer las normas que siguen esta formación. De inmediato se actualizó el reglamento que establece la formación de especialistas a través de la beca residencia hospitalaria.

En Chile se ha estimado que la enseñanza de graduados es una actividad compartida entre las personas, las Universidades, el Servicio Nacional de Salud, el Colegio Médico y las Sociedades Científicas. Con este antecedentes se organizó la Escuela de Graduados; toda la actividad hecha con antelación se hizo en forma aislada, lo que es fácil de comprender cuando son muchas las instituciones que participan en el mismo objetivo.

La Escuela nació por la necesidad de ordenar esta situación centrandolo su acción en :

1. Unificar y coordinar la enseñanza de graduados.
2. Desarrollo de su actividad a nivel nacional.
3. Planificación de las etapas formativas a través de varias líneas de acción que pueden mostrar lo que rinde el trabajo coordinado universitario y del sector salud.
4. Educación en servicio (Regionalización).

Para lograr los objetivos se desarrolló la siguiente metódica :

1. Continuar la instrucción médica más allá de la Escuela de Medicina, a través de :
 - 1.1. Formación de especialistas.
 - 1.2. Cursos de perfeccionamiento.
 - 1.3. Regionalización docente asistencial.
2. Planificar y dirigir la especialización (becas).
 - 2.1. Planificar el adiestramiento y duración de la práctica.
Seleccionar los candidatos y los hospitales.
 - 2.2. Estudiar las necesidades asistenciales del país, incluyendo los mecanismos de distribución médica y de atracción para las especialidades en falencia.
3. Estudiar y planificar el perfeccionamiento médico continuado.

ORGANIZACION DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

La Escuela de Graduados no tiene cuerpo de profesores propio. Sus funciones se cumplen con la participación activa de todo el personal docente idóneo del país. Funciona bajo la responsabilidad de su Director y asesorado por la Comisión de Docencia integrada por los representantes de la Universidad, del Servicio Nacional de Salud y Colegio Médico. A nivel de esta Comisión se establecieron las normas de perfeccionamiento y a nivel de la Escuela se ejecutaron y controlaron.

Ambas instituciones desarrollaron sus funciones específicas, respetándose recíprocamente. La Universidad con la responsabilidad en la formación y el Ministerio en la definición de la política de salud de acuerdo a sus necesidades y recursos. A través de esta comisión y la Dirección de la Escuela se logró una coordinación muy eficiente inter-institucional al igual que organizar y establecer relación con otras instituciones buscando el objetivo básico de organizar la enseñanza de graduados en el país. Su funcionamiento hizo posible dar las normas de perfeccionamiento médico en el país; la condición ejecutiva de sus integrantes realizó en forma expedita el proceso.

Quiero detenerme en la importancia que significó en la organización de la enseñanza de graduados el funcionamiento de una comisión con estas características. Fue un período repleto de realizaciones, de trabajo ordenado y creador; fue el cimiento de una estructura que hizo posible el progreso médico, de acuerdo a la época. Se reordenó con un esfuerzo coordinado la carrera funcionaria del S. N. S. . Se barajaron fórmulas que permitieron buscar una mejor distribución del recurso médico. Se logró apoyar con médicos especialistas los centros que estratégicamente eran necesarios en las provincias. Se pensó y se actuó buscando mecanismos de atracción profesional en otros centros que no fueran los tradicionales.

Hubo una inquietud muy particular por entregarle al médico en servicio la posibilidad de perfeccionamiento, llevar la novedad y la inquietud hasta la ruralidad más lejana; hacerlo sin erradicar al médico de su trabajo, sin sustraerlo de la comunidad, sin producir una quiebra en la atención que pasa a ser dramática cuando solo es un apóstol el que entrega todo. Fue así como nació y se programa la regionalización docente asistencial. Se impulsó el generalato de zona como solución asistencial incorporando en su reglamento la posibilidad de obtener una especialización a través de una beca residencia. Se estudió el problema de las especialidades en falencia lográndose éxitos que en parte aliviaron esta situación.

Fueron muchas las iniciativas que se generaron en este esfuerzo mancomunado de la Universidad y el Servicio Nacional de Salud. Se logró mucho, aún con dificultades, pero siempre en una actitud comprensiva tan necesaria en una proyección nacional. Cada una de estas iniciativas o realizaciones será analizada separadamente.

Formación de Especialistas - Beca Residencia

El objetivo de la beca residencia, es la formación de un especialista. La experiencia ha demostrado que el procedimiento más adecuado y eficaz para formar un especialista es la beca residencia hospitalaria. La filosofía de esta metódica consiste en la estada de un médico graduado en un servicio y hospital acreditado capaz de entregar todos los medios necesarios para adquirir dicho adiestramiento y al lado de un equipo médico de reconocida capacidad en la especialidad.

En el proceso de formación de un especialista intervienen tres elementos fundamentales : un organismo superior encargado de planificar y supervigilar, un hospital y servicio calificado y por último el personal capacitado para impartir este tipo de enseñanza.

El éxito de la residencia depende de una adecuada programación y de una supervisión eficaz, son funciones entregadas al director del residente. Este director de beca tiene la función fundamental de ejecutar el programa sobre la base de normas generales.

La realidad nacional nos muestra limitaciones importantes; son múltiples los problemas que vivimos : equipos docentes que no cubren el horario completo, equipamiento insuficiente que dificulta el desarrollo de un trabajo continuado; situación toda que entorpece una adecuada formación. En este análisis frío debe buscarse un mínimo de requisitos de acreditación de Hospitales y Servicios, de acuerdo con la realidad nacional, sin caer en un preciosismo exagerado, ni tampoco exponer al becado a una deformación, son estos servicios deficitarios los que habitualmente se aprovechan del joven médico haciéndoles efectuar un trabajo asistencial desproporcionado; equilibrar la docencia y asistencia es un punto clave del éxito.

La reglamentación establece la responsabilidad del director de la beca en el control del programa formativo, su obligación es informar semestralmente sobre el cumplimiento y aprovechamiento del becario. Los Informes existen y se archivan en forma sistemática, sin em-

bargo es difícil poder precisar a través de estos informes el real rendimiento del educando; aún más, existen en la actualidad normas muy generales sobre formación; se ha pretendido dejar una amplia libertad a los grupos formativos y con ello lograr experiencias. Si bien esto parece muy recomendable, en la práctica determina pérdida de uniformidad en la formación con grupos francamente perjudicados. Es importante y urgente reactualizar los programas formativos, en este sentido se han hecho una serie de estudios a través de los años lográndose solo avances limitados. El seminario que hoy se inicia es la mejor oportunidad para revisar las normas fundamentales que deben incluirse en los programas; es de la mayor conveniencia crear el sistema para estudiar en forma permanente este problema y resolver oportuna y ágilmente cualquier modificación.

Para hacer una buena formación es necesario planificarla cuidadosamente, como ya lo señalé, es de vital importancia la calidad de la docencia, pero igualmente es básico mantener un ingreso anual de becarios en forma uniforme; su discontinuidad es un problema que se arrastra por mucho tiempo, casi me atrevería a señalarlo, desde el inicio del sistema. Se ha pretendido hacer correcciones con éxitos parciales. Es imprescindible planificar al respecto en un entendimiento entre la autoridad del Gobierno y la Universidad; es muy necesario mantener este número para desarrollar la docencia en escalera con una complejidad progresiva. No hay que olvidar que el becario se integra al servicio pasando a constituir una parte importante de su organización; cualquier discontinuidad en el ingreso crea desorden.

Los factores básicos que exige la residencia son la adecuada organización del programa y la supervigilancia eficaz; en lo personal del becario la responsabilidad es del director de la beca, en lo general que dice relación con las normas generales, la Escuela de Graduados mantiene el control y supervigila su cumplimiento.

Al término de la etapa formativa el becario está en condiciones de rendir un examen final con una comisión presidida por el Decano e integrada por cinco profesores. Una parte práctica consiste en la estada de cinco días en un servicio acreditado y otra teórica a través de un examen final, en cierto modo este último es una formalidad que realza la importancia del certificado de especialista, permite a su vez captar deficiencias, inquietudes, bondades y quizás lo más importante, formarse un concepto global del sistema formativo. La Escuela de Graduados, en la persona de su Director, está siempre presente integrando esta Comisión.

En esta actitud integracionista entre la Universidad y la autoridad de salud se proyectaron dos líneas fundamentales de tipo docente asistencial : la beca primaria con formación inicial y estada obligada en un hospital calificado de provincia por un período mínimo de dos o tres años y la beca de retorno que obliga a una actividad iniciada en la ruralidad como médico general de zona y completada con una beca de especialización. Esta política ha permitido satisfacer la necesidad asistencial hasta el pequeño poblado, conjuntamente con reforzar centros estratégicos, levantando su nivel con el aporte de jóvenes especializados. Mientras existió continuidad en el proceso, el sistema funcionó en forma expedita. El cambio en cualquier sentido de las reglas del juego, creó incertidumbre en los jóvenes médicos que tuvo por consecuencia una falta de interés por estos esquemas que son fundamentales en la carrera funcionaria y docente. A través de la experiencia de muchos años quiero poner énfasis en la importancia de la continuidad de estos programas como elemento básico del éxito de los mismos.

Es necesario destacar la importancia determinante que ha significado la presencia de un Servicio Nacional de Salud con una estructura y organización que permite desarrollar programas que tienen un carácter nacional. Este país ha diseñado un modelo genial, imitado por muchos, sujeto a críticas, expuesto a cambios, pero de una dimensión trascendental en la salud. Su existencia ha tenido particular importancia en el desarrollo y progreso de la docencia médica y muy en especial su perfeccionamiento continuado.

Hasta la fecha la Escuela de Graduados ha registrado y controlado la formación de los siguientes becarios residentes :

	<u>Sin examen final</u>	<u>Con examen final</u>
Medicina Interna	285	43
Cirugía General	281	35
Obstetricia y Ginecología	250	9
Pediatría	365	19
Anestesiología	55	2
Otorrinolaringología	67	1
Oftalmología	154	7
Dermatología	17	1
Radiología	55	-
Cancerología	9	-
Neurocirugía	98	22

	<u>Sin examen final</u>	<u>Con examen final</u>
Neurología	35	10
Psiquiatría	95	4
Urología	52	7
Traumatología y Ortopedia	119	12
Cirugía Infantil y Ortopedia	77	5
Neumotisiología	47	2
Medicina Nuclear	2	-
Cirugía de Tórax y TBC		
Anatomía Patológica	17	1
Medicina Física y Rehabilitación	8	-
Salud Pública	3	-
Laboratorio Clínico	7	-

En la columna primera figuran todos los becados controlados que han completado su formación pero que no han rendido el examen final, la columna segunda precisa aquellos que lo han rendido.

El número de becados controlados es de 2.104.

El cuadro siguiente muestra el número de becarios extranjeros controlados que han completado su formación, incluyendo el examen final.

Medicina Interna	2
Cirugía General	3
Obstetricia y Ginecología	2
Pediatría	8
Anestesiología	2
Oftalmología	4
Neurocirugía	18
Neurología	5
Psiquiatría	3
Urología	5
Traumatología y Ortopedia	1
Cirugía Infantil y Ortopedia	4
Neumotisiología	2
Anatomía Patológica	1
Medicina Psicosomática	1

La experiencia acumulada entrega algunos antecedentes de gran importancia en relación a la formación de especialistas en el país.

La formación especializada de dos mil médicos es una cifra numéricamente alta. Su distribución por especialidades no ha sido hecha de acuerdo a lo que el país requiere con mayor urgencia. Hasta la fecha no existe un estudio serio sobre las necesidades de especialistas en el país, tampoco se conoce una definición por especialidad. La necesidad de médicos especializados nadie la discute, al igual que la importancia del médico general en un país como el nuestro en que existe un gran desmembramiento poblacional. Formar los especialistas después que el profesional ha desarrollado una actividad obligada como médico general en la provincia es la política más desarrollada en este momento, es seguramente la más recomendable para el futuro, tanto a través de contratos como médicos generales de zona u otros sistemas. Sin embargo, es necesario reconocer que la única forma segura de tener un médico especializado en la provincia es a través de la beca primaria, lo que es particularmente útil para fortalecer inicialmente algunos centros estratégicamente distribuidos en el país. En forma concomitante es importante definir las especialidades en falencia y crear los incentivos de atracción que permitan dar una solución real a un problema que se arrastra de siempre.

Quiero llamar la atención en la necesidad de equilibrar el número de especialistas que se forman con nuestra realidad y necesidades; en la actualidad todos los esquemas de carrera funcionaria abren la posibilidad de la especialización; pienso que es necesario meditar sobre lo que esto significa. La importancia que tiene para un país como el nuestro la presencia del médico general; mejorar su status, su posibilidad de perfeccionamiento y cualquier otro incentivo que signifique dignificar su calidad, parece del todo recomendable. Movilizar la corriente médica a través de actitudes que se deben desarrollar desde el estudiante de medicina hasta el post-grado, con una carrera programada que le permita incluso proyectarse en la docencia curricular.

El análisis de los especialistas formados a través de una beca residencia permite comprobar que sólo un escaso número ha rendido el examen final, en otras palabras el poco o nulo interés por obtener el certificado de especialista. A mi juicio esto se debe fundamentalmente a que el gran empleador del trabajo médico, que es el Servicio Nacional de Salud, no ha exigido en su reglamento de concurso este certificado para asignar el puntaje que corresponde al becario; sólo ha bastado el certificar su calidad de tal y haber finalizado el período formativo. Se trata de una situación que debe ser corregida. Por último es de absoluta necesidad definir las especialidades y menciones, al igual que las normas que deben controlar la obtención del título de especialista; la solución de este problema es básico en la regularización del proceso de gra-

duados en el país.

Resulta curioso constatar que los médicos extranjeros hacen lo necesario para obtener el certificado otorgado por la Escuela de Graduados; la explicación, entre otras, es que la Oficina de Títulos y Grados de la Universidad, sólo certifica este antecedente.

Si se hace un análisis crítico retrospectivo hay dos hechos que es necesario remarcar, por una parte no se ha aprovechado en forma adecuada y continúa los centros con verdadera capacidad para formar especialistas, no siendo infrecuente que se haya hecho destinaciones que más satisficieran una solución asistencial que una adecuada formación. Por otra parte, los cupos de los diferentes servicios deben ser definidos sobre la base de normas generales, para aprovechar esas capacidades con lo mejor de los jóvenes médicos chilenos; igualmente se debe normar el ingreso de los médicos extranjeros, muy en particular en los centros formadores de las especialidades en falencia. Todo esto es posible corregir en un análisis profundo entre la Universidad y Ministerio, hacer posible este diálogo en forma permanente se hace cada vez más necesario y urgente.

Cursos de Perfeccionamiento

Constituyen un conjunto de actividades con el objetivo de mantener y renovar el conocimiento médico. La Escuela de Graduados ha participado en el desarrollo y programación de :

1. Cursos de Perfeccionamiento, orientados preferentemente a renovar el conocimiento en temas específicos tanto de medicina general, especialidades o ciencias básicas. Se realizan a través de cursos intensivos, discontinuos o de fines de semana.
2. Visitas de docentes a provincias programada con la actividad de un equipo docente que permanece durante una semana en la provincia integrándose en el trabajo habitual con el complemento de revisión de temas, mesas redondas u otra actividad solicitada.
3. Estadías de Perfeccionamiento. Consiste en la permanencia de un médico en un centro calificado por un período de un mes o más con un objetivo preciso.
4. Visitas de médicos extranjeros que se integran con los nacionales en cursos de buen rendimiento.

La actividad más importante se ha desarrollado en la organización de cursos, es así como han sido patrocinados, controlados y certificados en un número importante; la certificación se otorga sólo cuando se reúnen requisitos tales como un número mínimo de 60 horas, control de asistencia, participación activa del alumno y evaluación final. Se ha pretendido darle jerarquía a la certificación evitando la tendencia muy difundida de acumular antecedentes fáciles que pueden ser de alguna utilidad en los concursos. El curso debe atraer fundamentalmente por su calidad y el alumno debe asistir por el solo deseo de aprender. Aún más, debiera buscarse un mecanismo para sólo darle valor como antecedente al curso que tenga hasta una antigüedad limitada.

En numerosas ocasiones se procuró coordinar los cursos programados por las diferentes instituciones que en forma más o menos continua desarrollan esta actividad docente; hasta el momento lo obtenido ha sido muy limitado. Una acción importante en este sentido es lograr esta coordinación configurando un programa anual que debiera conocerse y publicarse oportunamente. Nuestros médicos, particularmente en Santiago, están recargados de reuniones científicas de toda índole que hacen imposable el mecanismo que permita su conocimiento con una amplia difusión. La multiplicación de cursos sobre temas semejantes representa un gasto docente inútil. La dictación de cursos mal programados significa pérdida del rendimiento médico en su quehacer habitual.

La Escuela de Graduados ha controlado los siguientes cursos desde el año 1952. Esta actividad ha sido desarrollada en Santiago y en Provincia.

Año	<u>SANTIAGO</u>		<u>PROVINCIA</u>	
	N° Cursos	Total alumnos	N° Cursos	Total alumnos
1952	2	169	2	59
1953	4	129	4	98
1954	10	274	12	219
1955	11	274	14	394
1956	14	435	11	345
1957	26	570	9	206
1958	29	602	15	374
1959	11	203	10	150
1960	16	478	9	366
1961	18	559	9	213

Año	N° Cursos	Total alumnos	N° Cursos	Total alumnos
1962	21	476	11	222
1963	18	492	20	476
1964	19	365	24	610
1965	24	361	4	47
1966	38	576	1	27
1967	53	794	1	4
1968	37	676	3	81
1969	25	519	5	59
1970	14	363	1	22
1971	19	450	1	Asist. libre
1972	20	439	7	233
1973	7	98	3	66
1974	12	358	1	31
1975	14	363	1	40
1976	32	965	1	19
1977	Programados alrededor de 50 Cursos			
TOTALES	493	10.938	178	4.461

(Regionalización).

Como se puede apreciar a través de las cifras expuestas, la actividad docente a nivel de graduados programada por la Escuela, ha sido muy importante. De manera alguna es la expresión de la totalidad de los cursos desarrollados en el país, con seguridad son muchos más, pero al menos son una muestra muy representativa del interés por participar en cursos de calidad y buena programación. Un alcance especial sobre los cursos realizados en provincia, una buena parte de ellos corresponde a una actividad planificada de regionalización; la explicación de la falta de continuidad en su ejecución será analizada al desarrollar la regionalización docente asistencial.

En resumen los cursos de perfeccionamiento han demostrado ser útiles como método docente, siempre y cuando reúnan las condiciones necesarias; una de ellas, quizás la más importante es adaptarlo al medio en que se desarrolla, esta situación debe especialmente considerarse en la provincia, particularmente en los sitios más apartados. En los centros desarrollados, su objetivo básico es el perfeccionamiento especializado. La Escuela de Graduados impulsó los cursos en provincia consciente de la gran responsabilidad asistencial y la dificultad de reemplazo de los profesionales que ejercen en lugares apartados. Fueron muchas

las misiones docentes que desarrollaron cursos con estadas de varios días que permitían hacer una docencia activa en el trabajo diario, analizando, discutiendo y solucionando problemas en una realidad local. A través del tiempo se pudo comprobar, que el rendimiento fue determinado por esta convivencia activa en el quehacer diario. No cabe ninguna duda, que produce además una inquietud científica extraordinariamente útil en los grupos de profesionales aislados o que difícilmente tienen acceso a alguna forma de perfeccionamiento; sin embargo, el estímulo es momentáneo, como alguien lo señalaba semejante a la piedra que cae en el remanso, lo remueve, pero rápidamente entra en quietud. Era necesario establecer una acción permanente, fue así como se desarrolló la regionalización docente asistencial.

Se entiende por regionalización la integración de lo administrativo, lo asistencial y lo docente en un proceso permanente que va de zonas de alto nivel de diferenciación hasta a aquellas menos diferenciadas, esto significa la integración de grupos de trabajo con doble flujo de profesionales y enfermos.

El programa docente se desarrolló aprovechando la estructura del Servicio de Salud dividido en zonas, hoy regiones, con una vasta red hospitalaria que cubre el país entero. Fue y es genial la concepción de niveles de atención. Sobre esta base se injertó la Universidad para llevar el conocimiento a los diferentes niveles, llegando en forma ágil en una actitud de diálogo abierto. Fueron los propios médicos los que abrieron el surco para el cultivo fértil del conocimiento fue el Servicio quien entregó toda una organización para hacerlo posible.

El plan de regionalización fue presentado a la Comisión de Docencia de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile en su sesión del 25 de Noviembre de 1965 donde fue ampliamente discutido y aprobado. El 1° de Febrero de 1966 fue ratificado en el Consejo Técnico del Servicio Nacional de Salud.

El propósito de establecer una actividad conjunta fue lograr un mejor cumplimiento de los programas de salud, mejorar la calidad de la atención médica, distribuir adecuadamente los profesionales de la salud y ofrecer un perfeccionamiento continuado. Fue así como se comprometieron con recursos humanos, materiales y financieros para implementar ese programa.

A través del tiempo se ha podido evaluar el resultado de los procedimientos seguidos para incentivar el progreso médico, particular-

mente de aquellos profesionales que trabajan en lugares apartados. Se ha podido verificar el poco éxito de las misiones docentes cuya actividad se desarrolla preferentemente en forma teórica. Las estadas de perfeccionamiento si bien son útiles, sólo se pueden programar esporádicamente por el recargo asistencial de los grupos en trabajo que hace difícil retirarlos de su actividad diaria. En buen romance cualquier forma de perfeccionamiento que se pretenda organizar y signifique sustraer a grupos de médicos de su labor por un tiempo más o menos prolongado está destinada al fracaso. De aquí nace la necesidad de desarrollar la regionalización con una concepción real de lo que significa, mejorando por una parte el nivel de atención y por otra dando la posibilidad a los grupos médicos de progresar científicamente en el trabajo. Cualquier esfuerzo destinado a dar una solución al antiguo problema del médico "desterrado" de provincia, es un progreso realmente importante. La regionalización lo pretende y es posible que los consiga si hay espíritu para desarrollarla, se necesita comprensión e interés de ambas partes; que ambas se sientan comprometidas, que no exista desconfianza sino por el contrario un apoyo recíproco con un objetivo común. Con esta concepción de fondo, el programa de regionalización para que sea operante, necesita del motor que tenga dos activantes, uno en cada nivel de acción. Son estos ejecutivos los que deben programar en conjunto cualquier actividad de este tipo, son ellos mismos los que deben verificar y hacer que se ejecuten los programas y por último evaluar su resultado. La experiencia ha señalado que es de absoluta necesidad que integre este comité ejecutivo, en ambos niveles, la dirección administrativa correspondiente. La estructura se hace operante en la relación hospital docente universitario con el hospital base de área o regional y de éste con los hospitales de la zona. En esta forma es posible alcanzar una sincronización en trabajo de toda una área de regionalización. El apoyo al hospital regional es la pieza clave del éxito, es allí donde hay que concentrar preferentemente el esfuerzo para proyectar la acción a niveles de menor desarrollo. La incorporación real en este esquema de estos grupos (Generales de Zonas) significará el éxito definitivo del programa.

Todo esto es posible siempre y cuando exista un financiamiento adecuado, la escasez de recursos ha sido determinante de discontinuidad en la acción y desprestigio del sistema.

Desde 1966, fecha de aprobación por el Consejo Técnico del Servicio Nacional de Salud del programa de regionalización presentado por la Escuela de Graduados, hasta la fecha ha tenido una actividad muy irregular entre otras causas por :

1. Recursos económicos insuficientes. En un primer período existió un financiamiento especial con traspaso de fondos del Servicio Nacional de Salud y Colegio Médico a la Escuela de Graduados, a cuyo nivel se financiaba el costo de los viajes y estadías de las misiones de trabajo; jamás se canceló un centavo por concepto de honorarios. Este sistema permitió organizar una actividad que en un tiempo adquirió un alto grado de eficiencia. Fue el período de trabajo activo de la Comisión de Docencia de la Escuela de Graduados donde nuevamente se aprecia el rendimiento de una acción coordinada interinstitucional.
2. Recursos docentes limitados a una colaboración graciosa prestada por los académicos o profesionales sin ningún tipo de reconocimiento y con todos los problemas que significa erradicarse del trabajo profesional por un período de tiempo. Aún así, es preciso reconocer que la gran mayoría de nuestros docentes han pasado por encima de estas consideraciones realizando una labor abnegada digna de cualquier elogio.
3. No ha existido un programa oficializado y obligatorio que consulte esta actividad como parte de la obligación de los Hospitales y Servicios con responsabilidad docente.
4. La experiencia ha demostrado la importancia de la integración de lo administrativo y lo docente en los programas de regionalización. En un primer período esta situación no existió, lo que creó un sinnúmero de dificultades que entorpecieron el proceso.
5. Organización de secretarías ejecutivas que permitan planificar programas operantes. Cualquier actividad impuesta por una de las partes es un mal inicio, intrínsecamente ésta es una labor integrada.
6. La necesaria participación de las Facultades de Medicina incorporando este programa como campo de docencia.
7. Por último es fundamental evaluar anualmente los resultados para que sean conocidos por las autoridades correspondientes y hacer de este proceso una actividad ágil, adaptable a las circunstancias e idiosincrasia local.
8. Se revive lo que emerge como esencial, lo que significa el comienzo del éxito de una actividad que interesa a la Universidad, la autoridad de salud y el Colegio Médico. La experiencia demuestra que la existencia de una comisión integrada por representantes de estas institu-

ciones del más alto nivel es la única forma de darle vida a un proceso que necesita una atención continua; su funcionamiento debe ser regular dando la oportunidad permanente de establecer un diálogo operante.

En 1969 dejó de reunirse la Comisión de Docencia de la Escuela de Graduados; sin la presencia de este organismo normativo y ejecutivo se crearon un sinnúmero de problemas que llevaron a la desorientación y desorden en la enseñanza de graduados en el país. Fueron múltiples los intentos para restablecer el funcionamiento de una comisión interinstitucional; desgraciadamente no se ha logrado el objetivo; estimo que para conseguirlo es necesario darle un carácter supra institucional; no puede transformarse en una comisión asesora sino que sus integrantes representando a la Universidad, la autoridad de Salud y el Colegio Médico, deben encontrar solución a problemas que les son comunes.

Actualmente vivimos una etapa en la Universidad de Chile con una nueva organización a nivel de la Vicerrectoría de Asuntos Académicos y su comité del área de la salud que ha permitido uniformar los criterios y procedimientos en post-grado. Es el comienzo de una acción que debe ser determinante en la organización futura de la enseñanza de graduados en el país.

Antes de terminar quisiera rendirle un homenaje a quienes han tenido una participación sobresaliente en la organización y desarrollo de la enseñanza de graduados en Chile. El Prof. Alejandro Garretón Silva, en cuyo Decanato se creó la Escuela, inició su organización y promovió la participación de profesores y médicos en las actividades de Graduados. Su primer Director, Prof. Héctor Orrego Puelma, hombre inquieto, visionario; se preocupó de este problema cuando eran muy pocos los que demostraban algún interés. Al Prof. Alberto Donoso Infante, quien continuó en la Dirección de la Escuela y le correspondió actuar en esa calidad durante la mayor parte del período de organización fecunda de la docencia de graduados, trabajé a su lado, lo que me permite dar fé de su impulso creador, capacidad organizativa y realizadora. Al Prof. Hernán Alessandri Rodríguez, Decano de la Facultad de Medicina durante todo el período de formación de la Escuela, honestamente estimo que sin su inteligencia y capacidad, bien poco se pudo haber hecho. Al Prof. Amador Neghme, gran maestro dedicado una vida a la Universidad. Frente a ellos Graduados se inclina respetuoso y agradecido.

POLITICA DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA UTILIZACION DE LOS
RECURSOS HUMANOS EN MEDICINA INTERNA, CIRUGIA, PEDIATRIA
Y GINECO-OBSTETRICIA

Dr. Angel Guzmán
Depto. de Recursos Humanos
Ministerio de Salud Pública.

La política del Ministerio de Salud en relación al Recurso Médico debe entenderse como una preocupación porque este recurso profesional esté al alcance de todos los chilenos, sea desde el punto de vista geográfico, cultural o económico.

Todo lo anterior es valedero para los diferentes niveles de complejidad: nivel primario, nivel intermedio, nivel terciario, y otros de mayor complejidad.

En la consecución de las políticas señaladas, el Gobierno actual ha procurado mantener un criterio redistributivo de los profesionales, sean ellos recién egresados o especializados. Además, ha procurado recuperar la confianza de las nuevas generaciones de médicos en el llamado sistema de General de Zona, perfeccionando el sistema y garantizando el cumplimiento de las normas preestablecidas a quienes con anterioridad se habían incorporado al sistema.

El generalato de zona ha permitido que en el momento actual casi no exista una comuna del país que no cuente con a lo menos un médico.

La extensión geográfica de la atención médica por su acción directa o por la influencia cultural, ha traído por consecuencia una mayor demanda de atención en los niveles de mayor complejidad, situación ésta que la actual política de salud está enfrentado a través del desarrollo del sistema de Cobertura-Complejidad en que simultáneamente con poner énfasis en la atención primaria, se procura desarrollar la atención de mayor complejidad, vale decir aquella que requiere del concurso de especialistas.

Por otra parte, ya son conocidas las medidas adoptadas recientemente por el Ministerio de Salud, en orden a dar más agilidad

a la gestión de personal mediante la Delegación de Facultades en materia de Administración de Personal a las Regiones, Areas y Establecimientos de salud dependientes. Así es como, de acuerdo a las posibilidades económicas actuales del país, se ha asignado a cada Región de Salud un tope financiero y recomendaciones numéricas de personal posible, para cuyo manejo bastará con observar las reglas de juego definidas sin necesidad de consulta previa al nivel central.

Dentro de esta delegación de Facultades referentes a personal, el Ministerio de Salud se ha reservado la facultad de la administración de los llamados "Profesionales en Ciclo de Destinación" que son :

1. Médico General de Zona Rural/Becario de Retorno.
2. Médico General de Zona Urbana/Becario de Retorno.
3. Médico Residente Becario Primario/Becado Primario en Práctica Controlada.
4. Médico General en Especialidad Básica/Estada de Perfeccionamiento.
5. Dentista General de Zona/Dentista Becario Retorno.
6. Dentista Odontología General.

El financiamiento y decisión sobre destinación de estos profesionales compete al nivel central, mientras permanezcan en el ciclo.

Cuando el profesional completa el ciclo de destinación, termina el financiamiento de su contrato por parte del Nivel Central y si lo desea podrá contratarse en aquella Area de Salud o Región que tenga techo numérico de personas y de financiamiento que le permita captarlo, o bien podrá ubicarse en el "extra sistema".

En los dos últimos años el Ministerio de Salud ha puesto especial énfasis para el desarrollo de las llamadas "Especialidades Básicas" como son : Medicina Interna, Pediatría, Cirugía y Gineco-Obstetricia, a través de los concursos para Becas de Retorno y Becas Primarias.

Al prepararse el llamado a concurso para la nueva promoción de médicos 1977, el Ministerio de Salud decidió buscar una solución al problema de los Médicos Generales en Especialidad Básica que, en muchos casos no contaban en su hospital con especialistas que los orientaran y por tanto no podían dar adecuada solución a las interconsultas y problemas que les eran derivados. El desafío era cómo utilizar en la mejor forma los recursos financieros disponibles en la actualidad, para procurar soluciones asistenciales adecuadas, en el más corto plazo posible, en cada una de las Areas y Regiones de Salud.

Se vió que en vez de enviar al médico recién egresado, como Médico General en Especialidad Básica, era preferible procurar una mayor capacitación por dos años en una de estas especialidades a los médicos antes de ser enviados a las Regiones; de este modo, se considera que puede cumplirse el propósito de dar adecuada solución al paciente que es enviado en interconsulta y el apoyo necesario al médico del nivel primario de atención.

El análisis de la situación expuesta ha servido para poner nuevamente de manifiesto otros problemas y conceptos respecto al perfeccionamiento requerido por el S. N. S. para sus profesionales :

- La educación de postgrado debe ser enfocada como un proceso de educación continua y no de algo que termina con dos o tres años de beca.
- Los propósitos perseguidos en la educación de postgrado de los médicos pueden ser semejantes en la Universidad y el S. N. S. , pero los objetivos en el plazo mediano puede que no coincidan exactamente y sólo se diferencien en el procedimiento.

El Ministerio de Salud procura para los médicos de nueva promoción que serán destinados a los Servicios de las Especialidades Básicas en sus Hospitales A y B, obtenerles una capacitación adecuada a cada uno de ellos en estas especialidades, procurando una mayor cobertura en el menor plazo posible.

No significa lo expuesto, que se pretenda modificar los criterios universitarios para el reconocimiento de la calidad del especialista, por lo que sería necesario buscar un conjunto de mecanismos que permitan armonizar los objetivos del Ministerio y los de la Universidad dentro del concepto de Educación Continuada.

Así pues, el Ministerio ha considerado un financiamiento de dos años para las "Becas-Estada de Perfeccionamiento" en Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía para médicos recién egresados.

Se estima que el ejercicio posterior en provincia, de la especialidad, con la acreditación y supervisión por las universidades dentro de la Regionalización Docente-Asistencial, o la asistencia a cursos cortos, trabajos de investigación u otros créditos podrían constituir los requisitos restantes para obtener el reconocimiento de Especialistas.

Una situación parecida ocurrirá en 1978 con aquellos médicos que habiendo terminado sus cuatro años como Médicos Generales en Especialidad Básica, opten a su derecho de una Estada de Perfeccionamiento en Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía. De acuerdo al reglamento aprobado por los representantes universitarios en CONDAS, la Estada de Perfeccionamiento para Médicos Generales en Especialidad Básica tiene una duración de dos años.

Es obvio que este planteamiento del Ministerio de Salud significará para las universidades una revisión del curriculum de tres años y su adecuación procurando lograr como objetivo una capacitación en un plazo de dos años. Pudiera este requerimiento significar que, por aproximadamente tres años, deba mantenerse paralelamente programas de educación de postgrado que duren tres y dos años. Esfuerzo éste que desde ya el Ministerio de Salud reconoce y aprecia y que a la vez permitirá la mejor coordinación de universidades y Ministerio de Salud para lograr adecuar sus planes y programas a los recursos reales existentes de modo de obtener su máximo rendimiento.

En la medida que las universidades puedan responder al desafío de poder readecuar sus capacidades de educación de postgrado, podremos en conjunto disminuir la inercia que significa luchar por recuperar las especialidades en falencia en el país. Esta falencia de especialidades debe ser considerada en su doble aspecto: la falencia existente sólo en los establecimientos del S. N. S., y la falencia que abarca al sistema y extra-sistema.

Si bien el Seminario actual está orientado a las especialidades básicas de Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia, no podemos dejar de mencionar a otra especialidad tanto o más básica que las anteriores. Especialidad ésta que incluso en el reciente Seminario de Formación Profesional Médica, celebrado en el Colegio Médico, ha sido reconocida como necesaria al mismo nivel que las otras especialidades: nos referimos a la Medicina General..

Sobre el campo de acción de la Medicina General existe un artículo reciente en la Revista Médica de Chile de Junio de 1977, no obstante deseamos señalar que su rol lo vemos tan importante en lo asistencial como en lo docente. En el plano asistencial a nivel de Consultorios Periféricos, Servicios de Urgencia, consultorios adosados de grandes hospitales y asesorados en atención cerrada a nivel de servicio de especialidades no básicas.

En el aspecto docente esperamos que la incorporación del especialista de Medicina General tanto en el pregrado como en el postgrado contribuya a evitar que los programas en estos niveles se orienten a una simple superposición de especialidades (pregrado) o de subespecialidades (postgrado).

Creemos que corresponde a las universidades la responsabilidad de crear programas de educación de postgrado que hagan posible el reconocimiento de esta especialidad al mismo nivel que otras básicas.

Así como la formación de las especialidades clásicas implica en la mayoría de los casos favorecer el traslado de los profesionales hacia los grandes complejos metropolitanos del país, la formación del especialista en Medicina General debería considerar la posibilidad de que, sin cambiar su sitio de residencia habitual, pueda alcanzar la especialización a través de créditos sumables por medio de cursos cortos dictados anualmente en las sedes universitarias, o mejor aún, por cursos organizados por los centros docentes en determinadas Regiones o agrupación de Regiones.

Antes de terminar, queremos señalar el reconocimiento del Ministerio de Salud por la cooperación de las universidades en la formación y capacitación de sus profesionales y destacar una vez más el propósito del Ministerio de mancomunar los esfuerzos para que de la acción coordinada asistencial y docente, podamos lograr resultados cada día mejores para la salud de nuestra nación y para el enaltecimiento de nuestra profesión.

En nombre del Sr. Ministro de Salud, hago llegar a ustedes sus mejores deseos de éxito para este Seminario.

EL SISTEMA DE RESIDENCIA EN LA FORMACION

DE ESPECIALISTAS

Dr. José Roberto Ferreira
Jefe del Depto. de Recursos Humanos
Oficina Sanitaria Panamericana
OMS - Washington D. C.

Atendiendo la solicitud de los organizadores de esta reunión vamos a tratar de hacer una revisión muy general de la situación de la residencia médica, en su traslado del sistema norteamericano, en donde se ha originado hacia algunos países de Latinoamérica.

Antes, sin embargo, por estimar que el tema en su base conceptual y, en términos generales para todo el Continente, presenta aspectos un tanto controversos, analizaremos algunos de sus antecedentes con base en el planteamiento específico de PROMOVER LA FORMACION DE ESPECIALISTAS A TRAVES DE UN SISTEMA DE RESIDENCIA.

Cuando en 1822 se nombró el primer médico residente en el recién inaugurado "Massachussetts General Hospital", éste no tenía carácter de especialista, por el contrario era el generalista y los "médicos visitantes" los que se hacían cargo de las especialidades. Poco después, en 1840, la necesidad de aumentar de uno a cinco médicos residentes, llevó, por motivos económicos, a considerar la utilización de médicos recién graduados con sueldos más bajos, pero tampoco se pensó en adiestrarlos como futuros especialistas.

No fue sino hasta 1899, con la inauguración del Hospital de John Hopkins, que Osler introdujo la idea de aprovechar el período de residencia, en un esquema gradual, para perfeccionar el ejercicio profesional en un ambiente que ofrecía, por el contacto estrecho y continuado con enfermos, una mucho mejor condición de adiestramiento que el propio curso médico.

Con la depresión en 1929 y la necesidad de contener los costos operativos, ese sistema se generalizó, sumando a la oferta de un cierto grado de capacitación, la ventaja de una mano de obra menos costosa. En esta época se divulgaron las primeras listas de plazas de residencia. Lo anterior ocurrió y siguió su desarrollo hasta nuestros días, en un contexto

en el que se concedía importancia creciente a la medicina curativa realizada en el ámbito hospitalario. Gradualmente se fueron diversificando programas de residencia que tenían como objetivo no solo el aprendizaje del manejo clínico sino también la profundización del conocimiento en campos especializados, llegando a constituirse la residencia en el más importante mecanismo de formación de especialistas.

Por supuesto, todo este proceso evolutivo guardó estrecha relación con el progresivo aumento del costo de la atención médica, el cual en los últimos ocho años se ha triplicado en los Estados Unidos.

Señalamos estos hechos para hacer hincapié en la desviación de soluciones originales que condujeron a la perpetuación de sistemas inadaptados a las reales necesidades de nuestras sociedades. Se pasó de un residente que no se pensaba adiestrar, a un adiestramiento que no necesariamente tendría que ser hecho en régimen de residencia y se descuidó en esta evolución objetivos mucho más amplios relativos al cuidado básico de salud de toda la población. Este mismo residente, inicialmente propuesto como una solución de bajo costo, llevó a través de la expansión del número de especialistas, a una presión directa para aumentar los gastos a fin de promover nuevos tipos de servicios.

Así, llegamos a la situación actual que se deduce de los datos de Kerr White, en sus estudios de utilización de la atención médica, que muestran que las especialidades, absorbiendo más del 50% del gasto en el sector salud, atienden solamente entre el 1% y el 5% de la demanda de servicios.

Con lo expuesto, queremos llamar la atención de que no forzosamente está en el sentido de la especialización, la razón de la eclosión de este ciclo vicioso, en el que se acusa al especialista de ser el principal responsable por el aumento acentuado del costo de la atención. Más bien, el especialista ha sido el agente, hasta cierto punto involuntario, de una situación estrechamente vinculada a las características de su propia formación.

Aceptamos que el patrón de la práctica médica, en un determinado momento histórico, es más importante que la propia formación en el acondicionamiento de su actuación profesional; sin embargo, cuando tomamos el mismo hecho histórico en un lapso de tiempo más significativo, podemos observar, en una etapa, a determinado elemento del sistema -en este caso- la práctica hospitalaria.

El hecho mismo de que un número significativo de los especialistas que queremos formar no necesariamente van a ejercer su profesión en el ambiente hospitalario, justifica que se pregunte, hasta qué punto es posible adiestrar especialistas en las áreas principales de la práctica médica sin que el hospital sea el centro exclusivo de su formación?

Para contestar, creemos necesario revisar primero las formas de adiestramiento postgraduado.

Para contestar, creemos necesario revisar primero las formas de adiestramiento postgraduado.

Entre las muchas variedades de aprendizaje que se utilizan, sea para perfeccionamiento o para actualización, después de la graduación del médico, dos modalidades merecen destacarse, por las peculiaridades más o menos constantes que asumen :

- el postgrado académico, que conduce a la obtención de títulos de maestría y doctorado.
- el sistema de internado y residencia, que lleva a la especialización clínica.

El primero, tuvo su desarrollo en el seno de las universidades, el segundo, sobre todo en Latinoamérica, ha sido impulsado más a nivel de instituciones de servicio, particularmente, del seguro social. Ambos sistemas sufren las consecuencias de un grado excesivo de dependencia a sus instituciones de origen.

En el contexto académico, predomina, por supuesto, el modelo educativo horizontalizado en que se superpone el contenido de una serie de disciplinas estanques, disfrazando a veces un concepto que se aleja de la práctica corriente. Se sigue aquí un proceso esencialmente teórico-deductivo, partiendo de la teoría a la práctica.

La residencia, por otro lado, sigue el modelo opuesto, en el cual, por superponerse a condiciones esencialmente prácticas del servicio, constituye un esquema verticalizado en el que se incorpora, por el ejercicio cotidiano, una serie de esquemas de acción. El modelo tiene características más empírico-inductivas.

El hecho de que los servicios del seguro social sean de creación más reciente y cuenten con el respaldo de sólida base económica, ha favorecido la disponibilidad de instalaciones de alto nivel y el reclutamiento

de personal más calificado, quien encontrará no sólo mejores salarios sino mejores condiciones de trabajo para su propio desarrollo profesional. No son raros los ejemplos en América Latina en que hospitales del seguro suplantaron en eficiencia los servicios universitarios.

En consecuencia, por el predominio de la actividad intrahospitalaria orientada a una acción esencialmente curativa, también la residencia ha asumido las mismas características, evidenciando poca tendencia y/o aceptación a un acercamiento más diversificado que cubra toda la gama de acciones de salud.

De hecho los dos enfoques, el académico y el de especialización, aún tratando de promover el perfeccionamiento del médico, siguen direcciones opuestas y se alejan ambos, de las soluciones verdaderamente pragmáticas que podrían resultar en atención de alta eficiencia ajustada a la demanda efectiva de servicios.

Sabemos que las especialidades representan un componente minoritario en las acciones de salud, ya que el perfil sanitario de nuestros países indica una demanda de servicios de carácter más simplificado y general; sin embargo, los valores vigentes en nuestras sociedades ciertamente favorecen el interés por las especialidades, dado el prestigio que confieren, así como la satisfacción individual y gratificación personal que pueden proporcionar. Restaría por lo tanto, tratar de conciliar estos aspectos antagónicos, en la definición del tipo de especialista que queremos formar.

En América Latina como en los Estados Unidos se usa el término tanto para referirse al más especializado cirujano cardiovascular, como a aquellos dedicados a especialidades básicas de la medicina interna, cirugía general, obstetricia y pediatría. Vale recordar aquí que la más nueva categoría introducida en el sistema de "boards" de los Estados Unidos, es la especialidad en "medicina familiar".

En estos términos "especialidad" no necesariamente es sinónimo de sofisticación y quizás ni de profundización, pudiendo incluso acercarse más al concepto de extensión de un conocimiento, que se supone ampliado en superficie, para cubrir toda una gama de problemas que tienen como común denominador la familia, pero que, en términos tradicionales podrían ser del dominio de diferentes especialistas.

Tal podría ser la tendencia en algunos países de América Latina, que trataremos de comentar a continuación, en los cuales se trata de orientar la especialización hacia un enfoque de más amplia cobertura,

integrando el componente de enseñanza formal del postgrado académico con el universitario y el sentido práctico y aplicativo del ejercicio profesional de la residencia tradicional, ahora liberada de la dependencia exclusiva al contexto hospitalario.

La reforma de la educación Peruana introdujo lo que llaman "Programa Académico de Segunda Especialización", que usa una amplia red de servicios para el desarrollo del sistema de residencia, bajo el control, en cada situación, de la universidad local.

La regionalización de salud, dando a cada universidad responsabilidad compartida con el Servicio de Salud, facilitó en este caso que una más amplia y variada red de salud fuera utilizada en las etapas de esta segunda especialización, incluyendo centros de salud, hospitales comunitarios y hospitales especializados.

El mayor o menor grado de participación académica variará con cada una de las Universidades involucradas en el proceso. En una de ellas -la de Cayetano Heredia- se ha logrado establecer un programa bastante dinámico de acompañamiento teórico que sigue paralela a la práctica supervisada.

Más radical y también más estructurada es la experiencia desarrollada por el Seguro Social de México, que hoy se expande por todo el país, con la residencia en Medicina Familiar, en un programa de 3 años.

En este caso la participación de la Universidad es muy limitada, sin embargo, se ha logrado implementar un extenso programa académico que se desarrolla paralelamente a la actividad de clínica supervisada. El programa de enseñanza involucra disciplinas básicas y clínicas, consideradas en aquellos aspectos verdaderamente prioritarios para la aplicación práctica. El adiestramiento práctico se lleva a cabo predominantemente en Centros de Salud -tipo B- que consisten fundamentalmente en Hospitales Comunitarios con predominio de la actividad de consulta externa sobre la de pacientes interesados, y que cuentan cada uno con ocho especialidades.

En Brasil ha predominado el patrón tradicional de la residencia norteamericana, con poca o ninguna ingerencia de la Universidad. Esta por supuesto se ha concentrado en el desarrollo del postgrado académico. No obstante, ya se registran experiencias de combinación de los dos sistemas, utilizándose servicios clínicos de la propia Universidad para la actividad práctica de determinados programas de maestría, tal como ocurre en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro.

Lo más común sigue siendo la práctica supervisada en ambiente hospitalario, con el desarrollo paralelo de intenso programa de sesiones clínicas, anatomopatológicas, radiológicas, etc.

En los Estados Unidos el cuadro dominante es aún el de la residencia hospitalaria clásica, lo cual analizado en función de los cambios que se han introducido a nivel de la enseñanza de pregrado, denota una clara ruptura en la secuencia evolutiva del proceso formativo. El primer año de residencia que trataba de compensar la carencia de práctica clínica del período de pregrado, no sufrió todavía ningún reajuste, dejando de considerar las reformas curriculares que condujeron a una introducción más precoz a la experiencia clínica.

Se considera en este contexto, que siguen dominando los factores que llevaron a la utilización del recién graduado como mano de obra de bajo costo, quedándose los años subsecuentes (segundo y tercero) destinados a proporcionar el verdadero adiestramiento especializado.

Aún en Estados Unidos y en Canadá resalta la observación que comentamos anteriormente en cuanto a la creación y rápida expansión de la Residencia para especialización en Medicina Familiar, la cual ha contado con una importante demanda, que podrá a corto plazo introducir cambios significativos en el panorama general de la medicina americana.

Estas y otras observaciones aisladas, con respecto a innovaciones en el campo de la especialización, creemos que son más trascendentales que muchos de los parámetros que orientaban los programas de residencia tradicionales, que incluyan aspectos como duración, requisitos mínimos del propio servicio, graduación, rango de especialización, etc.

De hecho, en este planteamiento no estamos analizando la eficiencias de un programa de residencia en un hospital aislado, sino que tomando en consideración el fenómeno especialización en el contexto de un sistema, en el que para que se mantenga tal configuración tenemos que asegurar el equilibrio entre las partes constituyentes.

La formación especializada en medicina interna, cirugía, obstétrica y pediatría y la eventual inclusión de otras especialidades más restrictas o más amplias, como es el caso de la Medicina Familiar, necesariamente tienen que guardar adecuada proporción con otros programas del sector como la formación en Salud Pública, o el adiestramiento de técnicos y auxiliares.

Lo esencial, para poder hablar de un sistema en particular en el caso de la residencia, es la clara definición de los mecanismos de coordinación entre los dos o más sectores involucrados, tales como el servicio de salud, la universidad y eventualmente el seguro social. Ninguno de ellos aisladamente podrá cumplir a cabalidad con la formación integral del especialista.

En los Estados Unidos el cuadro dominante es que el médico general y el especialista se forman en el mismo programa de residencia, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

En los Estados Unidos el cuadro dominante es que el médico general y el especialista se forman en el mismo programa de residencia, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

En los Estados Unidos el cuadro dominante es que el médico general y el especialista se forman en el mismo programa de residencia, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

Objetivos de la formación del especialista

- a) El especialista debe tener una formación integral que le permita enfrentar los problemas de salud de su paciente de manera holística.
- b) El especialista debe tener una formación que le permita trabajar en equipo con otros profesionales de la salud.
- c) El especialista debe tener una formación que le permita trabajar en equipo con otros profesionales de la salud.
- d) El especialista debe tener una formación que le permita trabajar en equipo con otros profesionales de la salud.
- e) El especialista debe tener una formación que le permita trabajar en equipo con otros profesionales de la salud.

Lo más común sigue siendo la práctica separada en residencias de los dos tipos de especialistas, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

En los Estados Unidos el cuadro dominante es que el médico general y el especialista se forman en el mismo programa de residencia, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

En los Estados Unidos el cuadro dominante es que el médico general y el especialista se forman en el mismo programa de residencia, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

Aún en Estados Unidos y en Canadá, donde la formación del especialista y del médico general se da en el mismo programa de residencia, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

Estas y otras observaciones aisladas, con respecto a la formación del especialista, creemos que son importantes para la formación del especialista, con el desarrollo paralelo de ambos programas de residencia, anatómico, fisiológico, psicológico, etc.

De hecho, en este planteamiento no estamos planteando la necesidad de un programa de residencia en un hospital, sino que cuando en consideración el liderazgo especializado en el desarrollo de un sistema, en el que para que se mantenga tal equilibrio entre los dos tipos de especialistas, es necesario que se mantenga tal equilibrio entre los dos tipos de especialistas.

La formación especializada en medicina interna, cirugía, pediatría y pediatría y la eventual inclusión de otros especialistas más restringidos o más amplios, como es el caso de la Medicina Familiar, evidentemente tienen que guardar adecuada proporción con otros programas de formación en Salud Pública, o el adiestramiento de los médicos y auxiliares.

MEDICINA INTERNA

PRIMER TRABAJO GRUPAL

En contestación al Tema del Primer Trabajo Grupal : Propósitos y Objetivos que se persiguen en la formación de Postgrado en Medicina Interna, nuestro grupo consideró necesario antes que nada señalar qué es lo que se entiende por Médico Internista, y se llegó a la siguiente definición tentativa :

El Médico Especialista en Medicina Interna es el profesional entrenado para detectar, estudiar y resolver los problemas médicos del adolescente, del adulto y del anciano que sobrepasen la acción del Médico General. Debe conocer la aplicación e interpretación de los métodos de diagnóstico y dominar con base científica el tratamiento no quirúrgico de los cuadros de su disciplina. Debe además poseer la capacidad de reconocer y derivar aquellos problemas que son del resorte del Subespecialista altamente calificado.

Esta definición permite diferenciarlo del Médico General que atiende los niveles primarios de Medicina.

Objetivos de la Formación del Internista

- a) Ser capaz de diagnosticar y solucionar los problemas médicos más frecuentes del adolescente, adulto y anciano.
- b) Conocer y ser capaz de diagnosticar o contribuir al diagnóstico de casos de patología poco frecuente o de solución compleja.
- c) Haber aprendido a seleccionar y aplicar los nuevos datos fisiopatológicos, farmacológicos y clínicos.
- d) Desarrollar una actitud de espíritu crítico, conducta científica y de constante progreso en la especialidad.
- e) Haber perfeccionado actitudes de bondad, respeto, sentido humanitario y solidaridad con el paciente y su grupo familiar, la comunidad y el equipo de salud.

- f) Haberse capacitado en técnicas docentes para desarrollar actividades con alumnos de medicina, el resto del grupo de Salud, los pacientes y la comunidad.
- g) Poseer conocimientos y habilidades de administración a través de información sobre acciones globales de salud del S. N. S.

Se estima que factores a considerar dentro de la definición de objetivos y del diseño Curricular del postgrado en general son :

I. De Política de Salud :

- a) Estructura del S. N. S.
- b) Presencia de Programas Específicos de Salud.
- c) Filosofía de Prioridades en Salud (atención abierta o cerrada - niveles I, II y III, Fomento y Protección vs. Recuperación y Rehabilitación).
- d) Niveles de Area y Hospital.
- e) Definición de roles, funciones y acciones.
- f) Destinación de recursos económicos a Salud.

II. De Población :

- a) Problemas de prioridad.
- b) Distribución de médicos.

En el contexto de la definición dada y de los objetivos del Programa de Especialización en Medicina Interna se considera que cuando el Médico Internista trabaje en una Institución Asistencial deberá atender los pacientes referidos por el Médico General o de otra Especialidad que requieren del nivel secundario para el cual fue entrenado.

Esta función se puede realizar con mayor eficiencia sólo en Centros de atención secundaria o terciaria u otros homologables.

SEGUNDO TRABAJO GRUPAL

Objetivos Cognocitivos

Objetivos Psicomotores (Destrezas - Habilidades)

Objetivos Afectivos - Actitudes

Objetivos del Area Cognocitiva :

Al final de su adiestramiento el Médico Internista deberá ser capaz de describir y discutir con criterio básico clínico los aspectos etiológicos, clínicos y epidemiológicos de las enfermedades de medicina interna. Deberá además ser capaz de elaborar y fundamentar el diagnóstico diferencial, diseñar el manejo y realizar el tratamiento de dichas enfermedades.

Finalmente, deberá tener conocimientos actualizados de acuerdo a las principales publicaciones nacionales y extranjeras de los diferentes aspectos de los cuadros de la especialidad.

Se discutió y luego se decidió omitir el nombrar libros y/o revistas para dar flexibilidad a los distintos Centros. Se considera indispensable un nivel mínimo de adecuación bibliotecaria.

Objetivos Psicomotores (Destrezas - Habilidades)

Al terminar su formación deberá dominar con facilidad la técnica de comunicación con el paciente con el objeto de apreciar con claridad sus problemas.

Deberá haber adquirido, ejecutado y perfeccionado las habilidades y destrezas en el método clínico de la anamnesis y examen físico, con el objeto de formular con ellas los diagnósticos diferenciales adecuados.

Deberá saber y ejecutar los procedimientos clínicos de Laboratorio e Instrumentales utilizados en el estudio, manejo y tratamiento que correspondan.

Aquí vale recalcar el concepto de que el Médico Internista se define porque es capaz de realizar y manejar una serie de técnicas y procedimientos que harán de él un profesional por completo diferenciado de un

médico general.

Se consideró que la lista completa de habilidades y destrezas que debe dominar el especialista no podía fijarse en dos horas de trabajo y quedará elaborada a partir de una comunicación al respecto que hará llegar cada una de las Escuelas de Medicina.

TERCER TRABAJO GRUPAL

"Metodología Curricular de Postgrado en Medicina Interna".

Los objetivos señalados para la formación de especialistas en Medicina Interna deberán ser alcanzados en cada Centro Formador mediante la programación de actividades formativas básicas adaptadas a los recursos de cada lugar.

Se estima que estas actividades deben cumplirse en un período no menor de tres años, de preferencia en forma continuada, sin excluir la posibilidad que sean llevadas a cabo en módulos fraccionados en un período mayor y dentro de una programación global adecuada.

La formación comprende una jornada de actividades formativas de 44 horas semanales con turnos de Residencia y con dedicación exclusiva, aún cuando se reconocen las limitaciones prácticas para tal exigencia en el momento actual.

Actividades Formativas Básicas :

I. Area del Conocimiento

1. Autoformación o estudio personal

Se hace hincapié y se enfatiza la importancia fundamental del estudio personal en la formación del Especialista en Medicina Interna. Creemos que esta actividad debe ser estimulada y motivada por el Centro Formativo en base a múltiples procedimientos, tales como participación activa en responsabilidad directa de enfermos en, Reuniones Científicas del Servicio, autoevaluaciones o tests periódicos, etc., todo ello bajo una adecuada auditoría.

En este aspecto la existencia de una razonable provisión de material bibliográfico actualizado en la Especialidad se considera indispensable.

SEER TRABAJO GRUPAL

2. Participación en Actividades formativas del Servicio

Consideramos que constituye uno de los pilares fundamentales en la formación del Especialista, íntimamente relacionado con el anterior. Consideramos que genera un estudio orientado y lógico en áreas fundamentales de la Medicina Interna. Dentro de este capítulo se destaca la participación activa en Reuniones Clínicas, Anátomo clínicas, Avances en Medicina, Bibliográficas, etc.

3. Asistencia a Congresos, Cursos, Cursillos y Conferencias

Si bien se considera que son éstas actividades de formación de postgrado, creemos que la participación del Especialista en formación debe ser limitada y reglamentada de una manera tal que signifique un real aprovechamiento de este tiempo que se resta a su Programa Regular, por lo que deberá guardar relación con el objetivo de su formación. Parece aconsejable exigirle un informe posterior a la asistencia a dichos eventos.

4. Clases y Seminarios

No se considera adecuada la realización de Clases Teóricas como actividad formativa de postgrado, siendo en cambio aconsejable la correcta organización de Seminarios con participación activa de los integrantes.

5. Capacitación Docente

La participación en la Docencia de Pregrado de Medicina, carreras Para-médicas y de la comunidad constituyen a juicio del grupo un método importante de adquisición de conocimientos y capacidades que debe ser utilizado en la formación de Especialistas en caso que ello sea posible.

II.

Area de Habilidades y Destrezas

Consideramos que se adquieren fundamentalmente en el contacto cotidiano y permanente con el enfermo, el cual se realiza en los siguientes lugares y actividades :

1. Salas de Medicina Interna

Se plantea como un trabajo fundamental para este objeto y comprende el manejo clínico completo de 8 a 10 enfermos hospitalizados. Este trabajo puede complementarse en salas de mayor complejidad, tales como U. C. I., Coronarias, etc. por períodos limitados.

2. Consultorio Externo en Medicina Interna

También esta actividad aparece como indispensable a la formación del Especialista ya que le permite familiarizarse con una patología muy variada. Creemos indispensable, sin embargo, que restrinja su actividad a la atención de enfermos de Medicina Interna y no a suplir las necesidades de la atención primaria general. Se hace ver la necesidad que todos los Centros Formadores de Especialistas tengan Consultorios de Medicina Interna como una especialidad más de la atención externa y donde puedan trabajar los especialistas en formación.

Esta actividad debe complementarse con estadías rotativas en Consultorios de las distintas Especialidades.

3. Residencia y Urgencia Médica

Se considera también esencial en la formación del Especialista en Medicina Interna, la que debe realizarse en turnos periódicos cuya frecuencia sea razonable y que no llegue a atentar contra su formación general.

4. Realización de Interconsultas en Medicina Interna

Esta actividad es formativa en el sentido que conecta

al Médico Internista con otro Servicio del Hospital y otras patologías y aumenta el nivel de exigencia. Sin embargo, consideramos que su ejecución debe ser gradual, controlada y proporcional al grado de adiestramiento adquirido.

5. Formación de Subespecialidades Médicas

Esta formación puede ser programada en una o más de las siguientes modalidades y durante el tiempo que se estime conveniente en cada Centro Formador :

- a) Rotación por períodos determinados en los diversos Departamentos.
- b) Atención de Consultorio Externo con Especialistas.
- c) Entrenamiento de técnicas de la especialidad.
- d) Visita a las salas con el Especialista.

6. Capacitación en Programas Básicos de Laboratorio Clínico y Radiología.

En relación preferente a los enfermos a su cargo el Médico Internista en formación deberá cumplir un programa básico de adiestramiento de Laboratorio Clínico y Radiología que lo capacite en la indicación e interpretación de los exámenes más comunes así como en la ejecución de una cierta proporción de ellos.

III. Area de la Investigación

Se considera necesario que el Internista adquiera y/o perfeccione el método de investigación científica a través de trabajos, preferentemente anuales, realizados de acuerdo a la realidad de cada Centro Formador.

CUARTO TRABAJO GRUPAL

"Evaluación del proceso de formación de un especialista en Medicina Interna".

La evaluación es un proceso complejo y permanente que deberá ser conocido previamente por el médico en formación, pues con ello podría mantenerse vigente la relación aprendizaje-evaluación y evaluación-aprendizaje.

La mecánica será la indicada en una pauta evaluativa que contenga una expresión verbal lo más unívoca posible, tabulada en forma simple, de modo de obtener un claro perfil del evaluado.

La frecuencia de la evaluación debiera ser cada un razonable período de tiempo en el caso de entrenamiento prolongado y por lo menos una vez en las estadías de corto tiempo.

Será preciso cautelar que el número de evaluaciones y el de evaluadores sea el mayor posible, que la evaluación no sea de instantáneas y que la objetividad constituya su fundamento más fuerte.

Es recomendable la instauración de una autoevaluación como pre-test, para que el evaluado llegue a conocer fehacientemente sus vacíos en conocimientos, habilidades y destrezas.

Las dificultades mayores en la evaluación están en el rubro "destrezas". Para obviarlo resultaría del todo conveniente que aquella sea hecha por lo menos una vez en el período conveniente por un docente no relacionado regularmente con el médico en formación, para evitar lo más posible que lo subjetivo se sobreponga a lo objetivo.

Se reconoció por el grupo que resulta muy compleja la medición de algunas actitudes pero se recomendó que aquellas medibles serán indicadas en la parte de objetivos a alcanzar.

Se estimó que cuando haya una programación básica con evaluación local, los médicos en formación deberán rendir un examen a nivel nacional frente a una comisión interuniversitaria y con el uso de un cuerpo de preguntas para evaluar conocimientos, capacidades resolutorias, estimación de juicios, etc., enviadas previamente a un comité seleccionador indicando el origen y la fuente de aquellos. Las etapas previas a cumplir

serán las que se señalaron precedentemente, a saber : programación básica, evaluaciones locales cabales, formación de comisiones inter-universitarias, central de recepción, imprenta, secretaría.

Debe anotarse que resulta necesario complementar la prueba de conocimientos de este examen nacional con un examen práctico de alrededor de una semana de duración.

La ponderación del examen nacional teórico y del práctico deberá ser de 50% (20% prueba escrita y 30% examen práctico), dando un 50% a la evaluación hecha localmente.

Tal examen nacional deberá ser rendido en el mismo lugar de formación o en otro debidamente acreditado, y cada evaluación (local, práctica y teórica) sería excluyente por mínimo reprobatorio.

Se recomienda que tales eventos deberán comenzar en 1980 y que sus resultados sean respetados por el organismo empleador.

CIRUGIA

PRIMER TRABAJO GRUPAL

I Propósito

Está destinado a la formación de cirujanos generales y especializados.

- Ia. Cirujano General : se define como aquel cirujano preparado para enfrentar y solucionar la mayoría de los requerimientos básicos de la Patología Quirúrgica.
- Ib. Cirujano Especializado : es aquel cirujano que por haber profundizado un determinado campo quirúrgico ha alcanzado en él una alta capacitación.

II. Objetivos :

Se refiere a la formación del cirujano general.

Al analizar los objetivos para la formación de un Cirujano General, se estimó que a pesar de la gran importancia de factores externos, como son la situación del país en los sectores Educativos y Salud, y la demanda y características de los recursos humanos, éstos no pueden influir en la formulación de objetivos en Cirugía. Se hace presente que la formulación de los objetivos específicos que más adelante se detallan son los mínimos necesarios para la formación de un Cirujano General y constituyen técnicas básicas aplicables en cualquier circunstancia.

IIa. Objetivos Generales : Formación de un Cirujano que posea :

1. Conocimientos básicos de los problemas médicos y quirúrgicos generales.
2. Interés y conocimiento de las bases científicas de la Cirugía.

CIRUGIA

OBJETIVOS GENERALES

Objetivos:

Se refiere a la formación del cirujano general.

Al analizar los objetivos para la formación de un Cirujano General, se estimó que a pesar de la gran importancia de los roles externos, como son la atención del país en los sectores Educativos y Salud, y la demanda y características de los roles internos, éstos no pueden influir en la formación de los roles en Cirugía. Se hace presente que la formación de los roles específicos que más adelante se detallan son los más importantes para la formación de un Cirujano General y constituyen técnicas básicas aplicables en cualquier cirujano.

Objetivos Generales:

Formación de un Cirujano que posea:

1. Conocimientos básicos de los problemas médicos y quirúrgicos generales.
2. Interés y conocimiento de las bases científicas de la Cirugía.

OBJETIVOS

3. Obtención de destrezas y experiencias en las Técnicas habituales de la Cirugía General.
4. Espíritu crítico, objetivo y responsabilidad ante el enfermo y el medio ambiente.
5. Motivar, comprometer y realizar actividades docentes y de investigación.
6. Sentido estricto de la ética en el desarrollo de la Profesión.

Iib. Objetivos Específicos :

Se ha estimado como fundamental definir en forma muy precisa y detallada los objetivos mínimos específicos ya que ello permitirá uniformar a nivel nacional, la formación y evaluación de un Cirujano General. Se adjuntará un Anexo.

Dada la complejidad de la tarea es probable que requiera de un afinamiento posterior.

Requisitos Cirujanos

Participar en los cursos de actualización de los Departamentos de Cirugía. Desde el primer año de la carrera se debe tener un contacto que permita el estudio de la especialidad.

Requisitos Anatómicos-Patológicos

Deben asistir a la asignatura de Anatomía y Patología de los órganos de la cavidad abdominal y torácica y especialmente los sistemas anatómicos y patológicos que corresponden a la especialidad.

Requisitos de Exámenes

Deben participar en los exámenes de la especialidad.

SEGUNDO TRABAJO GRUPAL

Contenidos que deben tener los Programas para lograr los objetivos propuestos :

1. Se refieren a los conocimientos fundamentales de las ciencias básicas de la Medicina y conocimientos profundos de la anatomía, patología, clínica y terapéutica médico-quirúrgica de las afecciones de mayor prevalencia en las áreas de su acción específica.
2. Información teórico-práctica :
Se desarrolla durante los tres años de acuerdo a los cursos generales que programan anualmente para Becados de las Facultades y Escuelas de Medicina.
Se referirá fundamentalmente a ciencias básicas o clínicas en relación a Cirugía.
 - a) Reuniones bibliográficas.

Una reunión semanal de todos los becarios del Departamento durante los tres años que dura el Curso. Esta reunión se hace para poner al día temas previamente programados. Presidida por el Director del Departamento o un Profesor de alto nivel.
 - b) Reuniones Clínicas.

Participan progresivamente en las reuniones del Departamento. Desde el 2° año deberán presentar casos que se discuten que pertenezcan a su equipo de trabajo.
 - c) Reuniones Anátomo-Patológicas.

Deben asistir a las autopsias de los casos pertenecientes a su equipo, estudiar la histología y participar en las reuniones anátomo-clínicas del Departamento, en conjunto con el Becario que está en Anatomía Patológica.
 - d) Reuniones de Especialidades.

Deben participar de la discusión de casos en reuniones

integradas de subespecialidades médico-quirúrgicas.

- e) Asistencia a cursos de perfeccionamiento de Postgrado y Congresos de la Especialidad.

El Becario tendrá derecho a asistir a estos Cursos o Congresos, siempre que signifiquen un factor de real progreso en su preparación, autorizado por el Coordinador del Curso y el Director del Departamento.

3. Trabajo de Investigación Experimental y/o clínico.

Debe estar destinado a aplicar la metodología científica, hacer trabajo bibliográfico, incentivar el espíritu de investigación y constituir un aporte de progreso al Departamento.

Este trabajo debe estar monitorizado por un médico titular, ser de responsabilidad del jefe de equipo correspondiente, supervisado por el Coordinador del Curso y el Director del Departamento. (Optativo).

4. Colaborar en el desarrollo de las actividades teóricas y supervisar alumnos e internos en la medida de su capacidad.

TERCER TRABAJO GRUPAL

I PROGRAMA :

Los Departamentos dispondrán libremente de la distribución del tiempo en las distintas especialidades durante los tres años proporcionando a los becarios una formación en niveles progresivos de perfeccionamiento. Para esto deberán asegurar como requisitos mínimos estadas suficientes en las siguientes especialidades :

1. Anestesia
2. Anatomía Patológica
3. Cirugía General
4. Cuidados Intensivos
5. Digestivo (incluye tubo digestivo, biliopancreático y proctológico)
6. Cabeza y cuello
7. Tórax y cardiovascular
8. Oncología
9. Vascular periférico
10. Traumatología y cirugía infantil
11. Ginecología
12. Urología
13. Neurocirugía de Urgencia
14. Urgencia (según modalidad de trabajo de cada Hospital y durante los tres años)
15. Por la creciente importancia de las ciencias básicas en el desarrollo de la cirugía se destinará un tiempo suficiente de formación en las siguientes disciplinas aplicadas a la :

Cirugía :

- Anatomía Quirúrgica
- Fisiopatología
- Bacteriología

II. METODOLOGIA:

Respecto de la forma en que adquirirán la formación dependerá de cada Departamento, ateniéndose en general al principio de enseñanza tutorial con supervisión decreciente y responsabilidad creciente en forma progresiva.

Durante toda su estada se instruirá al becado en los sistemas tendientes a facilitar la continuación de su formación a través del tiempo.

Como conclusión final respecto de la preparación de un Cirujano General, debido a la complejidad y número de técnicas y destrezas que debe incorporar a sus conocimientos, el grupo estima que el tiempo fijado de tres años es el mínimo necesario para lograr una adecuada formación. En un futuro cercano es probable que requiera un tiempo mayor.

Esta etapa formativa se considera un requisito previo para la formación de un Cirujano Especializado.

III. RECURSOS:

El Programa se cumple con los recursos humanos y materiales de las Facultades y/o Escuelas de Medicina y del S. N. S, y la colaboración eventual de otras instituciones.

ANEXO

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA CIRUGIA GENERAL

1. Cirugía Menor
 - Quistes sebáceos
 - Lipomas
 - Patología Unguial
 - Biopsias cutáneas y ganglios
 - Quistes sinoviales
 - Heridas de tendones y nervios
 - Antrax, abscesos, furúnculo, erisipela, flegmones, celulitis
 - Panadizos

2. Tratamiento de las heridas en general :
 - por primera intención
 - por segunda intención
 - colgajos
 - escaras
 - injertos
 - tratamiento de las quemaduras del gran quemado
 - queloides

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA DIGESTIVO

1. Intubación

2. Esófago
 - Esofagoscopia
 - Trat. herida y perforación

3. Estómago
 - gastrotomía
 - gastrectomías parciales
 - vagotomía
 - piloroplastías
 - drenajes y derivaciones gástricas
 - suturas

4. Cirugía vías biliares
- colecistostomía
 - colecistectomía
 - exploración vías biliares - quirúrgica
- radiológica
 - derivaciones biliodigestivas
 - tratamiento del trauma hepático
 - abscesos
 - quistes hidatídicos
5. Bazo
- extirpación
6. Intestino delgado
- enterotomía
 - enterostomía
 - resecciones
 - derivaciones
 - tratamiento obstrucción intestinal
 - divertículo Meckel
7. Intestino grueso
- sutura
 - colostomía
 - ileotransversostomía
 - colectomías parciales
 - apendicectomía
 - cierre colostomía
8. Ano - recto
- abscesos
 - fístulas
 - hemorroidectomía
 - polipectomía
 - fisura
 - reducción prolapso
 - quiste sacrocoxígeo
9. Páncreas
- drenaje absceso
 - pseudoquiste

10. Peritoneo y Pared Abdominal

- hernioplastia
- drenajes

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA TORAX

- Toracocentesis
- Drenaje pleural (sonda y con resección costal)
- Traumatismo torácico abierto-cerrado, simple y complicado. Trat.
- Toracotomías
- Vaciamiento hemotórax. Quirúrgico
- Técnicas de fijación torácica
- Penetrante cardíaca
- Pericardiostomía

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA VASCULAR

- Técnica denudación venosa y punción subclavia
- Safenectomía
- Trombectomía venosa
- Ulcera venosa tratamiento (resección cutáneo aponeurítica e injerto dermoepidérmico)
- Ligadura vena cava
- Técnica de punción arterial
- Suturas vasculares y plastías
- Embolectomía arterial
- Simpatectomía
- Amputaciones de indicación vascular

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA ANESTESIA

- Anestesia local
- Anestesia regional
- Anestesia general
- Intubación endotraqueal

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA CABEZA Y CUELLO

1. Cráneo
 - Hematoma extradural
 - esquirlectomía
2. Cara
 - Tratamiento heridas de la cara. Suturas plásticas
 - Inmovilización fractura maxilar
 - Tratamiento litiasis e inflamaciones glándulas salivales
3. Cuello
 - Técnicas de extirpación de quiste tirogloso y quistes braquiales
 - Biopsia ganglios cervicales
 - Traqueostomía
4. Tiroides
 - Tiroidectomía

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA EQUIPO DE MAMA

- Drenajes
- Biopsias
- Mastectomías

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA TRAUMATOLOGIA

- Reducción fractura cerrada
- Tratamiento fractura expuesta
- Inmovilizaciones
- Tracciones esqueléticas
- Reducción de luxaciones
- Tratamiento de lesiones de partes blandas
- Atención quirúrgica de las heridas y atrición de mano
- Amputaciones de indicación traumática

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA URGENCIAS UROLOGICAS

- Drenaje de absceso perinefrítico
- Nefrectomía

- Talla vesical
- Microtalla vesical
- Circuncisión
- Atención quirúrgica de traumatismos genitales
- Torsión testicular
- Fimosis y parafimosis

OBJETIVOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA GINECOLOGIA

- Drenaje abscesos glándula Bartholino
- Extirpación de quiste ovárico
- Histerectomías
- Salpingoforectomía
- Salpingectomía por embarazo tubario

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

- Endoscopías con y sin biopsia
- Intubaciones y cateterizaciones
- Punciones y cateterizaciones venosas y arteriales
- Manejo de respiradores y monitores y desfibrilador
- Técnicas radiológicas

OBJETIVOS MINIMOS ESPECIFICOS PARA ANATOMIA PATOLOGICA

- Conocerá el sustrato histopatológico de las principales lesiones quirúrgicas sean inflamatorias, tumorales o degenerativas.
- Se familiarizará con las técnicas de autopsias, cortes histológicos, biopsia rápida.

CUARTO TRABAJO GRUPAL

EVALUACION

- I Progresiva
- II Final

I. Se evaluarán los siguientes rubros :

1. Conocimiento
2. Habilidades y Destrezas
3. Motivación Científico-docente
4. Hábitos y actitudes

La ponderación de cada rubro debe ser distinta en los tres años de beca y se estima como porcentajes los siguientes :

Año	Conocimiento	Habilidades y Destrezas	Motivación Científico-Docente	Hábitos y Actitudes
I	30	20	20	30
II	35	35	15'	15
III	40	40	10	10

Se elabora una pauta de evaluación de becarios detallada que va en hoja anexa.

Resultado de la Evaluación :

El becado será calificado al término de cada Semestre en la Escala de 1 a 100, según la ponderación ya detallada. Aquellos becados que califiquen con nota inferior a 60 puntos serán evaluados por una Comisión designada por el Director del Departamento. Esta Comisión podrá reprobar al Becado que no cumpla con los requerimientos mínimos necesarios para la formación de un Cirujano.

II. Evaluación Final :

El grupo estima por unanimidad que debe hacerse con un examen común en todas las Universidades. Cuando se dicte la Ley de Especialidades tendrá la calidad de Examen Nacional.

PEDIATRIA

PRIMER TRABAJO GRUPAL

Dentro de este marco general de referencia, qué importancia tienen los factores antes señalados para la definición de objetivos en un curriculum de postgrado para la formación de especialistas ?

El grupo considera que los factores determinantes que influyen en la definición de los objetivos de un curriculum de postgrado son cuatro :

1. Necesidades de salud del país
2. Formación científica que debe brindarse al becario
3. Rol profesional a cumplir
4. Formación integral, activa que abarque aspectos éticos y humanísticos.

1. Se considera que debe tomarse muy en cuenta dentro de las necesidades de salud :

- a) El criterio epidemiológico actual y la proyección biodemográfica futura,
- b) estado socio-cultural del país,
- c) estado de salud del país
- d) organización de los servicios asistenciales.

Estos factores son comunes para todos los programas de las diferentes Facultades del país.

2. La formación científica que se brinde al becario será propia de cada Facultad.

3. Rol profesional. Se deben considerar dos aspectos :

- a) Función profesional propiamente tal que tiende a servir al niño, a la familia y comunidad. Esta función va a depender también de los puntos b, c y d del punto 1.

Por otro lado el rol profesional incide en los niveles de atención que deben brindarse y en la eventual delegación de funciones, siendo éstas debidamente controladas.

- b) Parte ética. Deben fijarse en los programas normas de conducta y actitudes deseables que constituyan ejemplo dentro del equipo salud.

Desarrollando estas ideas, señalar los objetivos generales de un programa de educación de postgrado en la especialidad respectiva.

A. Propósito

La beca de residencia en Pediatría tiene como propósito la formación de un médico especialista en Pediatría General de acuerdo a las necesidades sociales y a la demanda de salud de la población, capaz de resolver los procesos mórbidos que, por su frecuencia y/o su importancia médico-social, inciden frecuentemente en los índices de morbilidad y mortalidad e incapacidad física y/o mental que afectan al niño, conocer los procesos patológicos de menor incidencia para su oportuna derivación así como integrar adecuadamente el equipo de salud para poner en práctica las normas de los programas que afectan al niño.

B. Objetivos Generales

1. Solucionar los problemas de salud infantil que por su frecuencia y/o importancia médico-social inciden preferentemente en los índices de morbilidad y mortalidad e incapacidad física y/o mental.
2. Diagnosticar y tomar las medidas terapéuticas iniciales en los procesos patológicos de menor incidencia, derivándolos en forma oportuna y adecuada a centros especializados.
3. Aplicar la metodología científica para analizar, evaluar, programar y resolver los problemas de salud del niño y la comunidad.
4. Comprender los fenómenos ecológicos, sociales, culturales, económicos y emocionales relacionados con la salud del niño y la familia.
5. Ser capaz de programar y administrar actividades o acciones de salud infantil para promover el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

6. Cumplir eficazmente su participación en el equipo de salud mediante el desarrollo del sentido de responsabilidad, comprensión y solidaridad hacia el grupo de trabajo.
7. Promover y estimular hábitos de estudio y autoformación, sentido de responsabilidad, disciplina y puntualidad.
8. Desarrollar actitudes de crítica y autocrítica objetivas, de servicio, de corrección en el trato con los pacientes y una adecuada relación de trabajo con sus colegas y otros componentes del equipo de salud.
9. Promover y desarrollar principios de ética y nivel profesional.
10. Deberá ser capaz de contribuir a mejorar los niveles docente-asistenciales de la especialidad en sus sitios de trabajo.

SEGUNDO TRABAJO GRUPAL

1. Las grandes áreas de contenido que deben incorporarse en el entrenamiento del residente, especificando en cada una de ellas lo correspondiente a conocimientos, destrezas y actitudes.

Dado que el propósito de la Beca-Residencia en Pediatría es formar un pediatra general, las Universidades deben ser capaces de entregar una cantidad de conocimientos, habilidades y destrezas común a todas, que permitan la solución de los problemas prevalentes de salud del niño, familia y comunidad; lo que al mismo tiempo obliga a las autoridades a la adecuada dotación de los centros formadores para brindar este mínimo.

Para los fines de presentación se dividen las áreas de contenido separadamente en cuanto a : 1) contenidos; 2) habilidades y destrezas y 3) actitudes.

- 1) En relación a contenidos, se considera que éstos deben jerarquizarse en niveles según el grado de capacitación que debe tener el becario para manejar los problemas.
 - A. Nivel I de capacitación : comprende todos aquellos cuadros clínicos, síndromes y entidades específicas que deben ser manejadas integralmente por el becario. Se consideran obligadamente dentro de este nivel :
 - a) Crecimiento y desarrollo normal y sus desviaciones.
 - b) Alimentación normal del niño.
 - c) Normas generales de prevención y fomento de salud del niño.
 - B. Nivel II de capacitación : comprende aquellos cuadros en que el becario debe adquirir capacitación parcial, formular diagnóstico específico y/o de aproximación y efectuar actividades terapéuticas tendientes a proteger la vida del paciente y criterios de derivación oportuna.

El grupo considera que debe existir intercambio permanente de opiniones dentro de las distintas Facultades para catalogar los cuadros clínicos dentro de estos niveles.

2) Contenidos en cuanto a habilidades y destrezas

Interpretar todos los exámenes de laboratorio usados habitualmente en Pediatría.

Efectuar asistencia inmediata y reanimación al recién nacido.

Realizar técnicas de apoyo diagnóstico de uso habitual en Pediatría.

Efectuar adecuadamente las técnicas de laboratorio básico de apoyo diagnóstico.

3) Contenidos en cuanto a hábitos y actitudes

El grupo considera que el pediatra general debe tener una escala de valores éticos y vocación que le induzcan a ejercer su trabajo con amor y dedicación. Debe sentir respeto y cariño por la persona humana y ser capaz de establecer relaciones dignas con pacientes, familiares y colaboradores.

2. Las actividades científico-docente complementarias del entrenamiento asistencial del residente.

El grupo considera que esta pregunta corresponde a la metodología de entrega de los contenidos.

3. Las estrategias o procedimientos que a nivel de cada Facultad se pueden implementar para establecer y actualizar los contenidos de los programas de postgrado en la especialidad respectiva.

Se considera que esta pregunta está involucrada en los aspectos evaluativos de los programas.

TERCER TRABAJO GRUPAL

- I. Para lograr los objetivos de la Beca Residencia en Pediatría, el grupo considera que debe efectuarse un mínimo de actividades que son obligatorias para las distintas Facultades. Estas actividades van dirigidas a dar una enseñanza activa, en servicio, de autoaprendizaje, con adecuada tutoría.

Se concuerda que estas actividades se dividen en etapas formativas en que cada vez se va entregando más responsabilidades y actividades docentes al becario. Para la obtención de ello es indispensable :

- a) Conocimiento personal de las características de cada becario,
- b) conocimiento por parte de los becarios del programa a efectuar y de las características generales del Hospital y Servicio en que se va a formar.

II. Descripción de actividades curriculares :

1. Práctica intrahospitalaria supervisada :

Comprende la ejecución personal de actividades de atención directa de pacientes, bajo supervisión en las distintas unidades de hospitalización.

2. Práctica individual y supervisada en los turnos de Residencia intrahospitalaria :

Consiste en la incorporación del becario al equipo médico de turno vespertino, nocturno y de festivos. Esta labor es complementaria al trabajo en horarios habituales y permite dar un entrenamiento supervisado al médico becado a cualquier hora del día.

Cada unidad docente deberá tener un Reglamento de Residencia para la organización y funcionamiento de esta actividad.

3. Práctica en Medicina Pediátrica Ambulatoria :

Esta actividad comprende la evaluación del Crecimiento y Desarrollo en los diferentes grupos etarios, conocimiento de la patología ambulatoria a estas edades y deberá darse especial énfasis a:

- Manejo de consultorio
- Manejo de programa infantil
- Manejo de programa epidemiológico
- Manejo de programa de alimentación suplementaria.

Para el cumplimiento de estas actividades deberá existir una infraestructura adecuada y el concurso de pediatras experimentados y de especialistas en Salud Pública.

4. Reuniones de Becados :

Su objetivo es estimular la participación activa del becario en el proceso de aprendizaje. Esta actividad se realizará en forma de:

- Reuniones clínicas de becados
- Actividades de autoformación como recopilación de experiencia personal
- Cursillo de perfeccionamiento etc.

5. Participación en Reuniones del Servicio :

El becario deberá asistir con carácter obligatorio a las actividades del Servicio de Pediatría tales como :

- Reuniones clínicas y anátomo-clínicas
- Reunión Radiológica
- Reunión bibliográfica
- Reunión de residencia.

6. Participación en actividades docentes de pregrado :

Tan pronto como haya terminado un período prudente de orientación (variable para cada becado) se dará oportunidad de tener responsabilidades docentes a nivel pregrado y con becados en etapas inferiores de formación.

7. Participación en investigación clínica :

Esta actividad pretende dar al becario una visión del método científico que le permita aplicarlo en cada una de las actividades programadas.

8. Actividades de Programa Complementario en Especialidades :

Esta actividad se considera un complemento importante en la formación de un pediatra general y significa la complementación con patologías ambulatorias de especialidades.

9. Práctica en laboratorio básico.

10. Participación en actividades académicas fuera de la unidad docente.

III. Distribución del tiempo curricular en actividades formativas :

Cada unidad docente de acuerdo a sus características, deberá distribuir el tiempo curricular para lograr el máximo aprovechamiento de las actividades formativas.

Las limitaciones que tiene la aplicación de la metodología van a depender de :

- a) Condiciones generales
- b) Condiciones locales en los distintos hospitales docentes del país y sus consultorios adosados.

a) Condiciones generales:

1. Número de docentes universitarios. Su escasez relativa implica introducir en docencia a personal no entrenado, con desconocimiento de las técnicas docentes. Existe en general, una buena integración docente-asistencial que ha permitido solucionar este punto. Ejemplo: falta de Residente Docente.
2. Deficiencia generalizada de medios de apoyo docente : biblioteca, diapoteca, otras técnicas audiovisuales.
3. Etapa de maduración de las diferentes Universidades en cuanto a aspectos docentes y de formación de diferentes especialistas.

4. Dada la situación que la supervisión técnica de los becarios depende de la Universidad y la supervisión administrativa del Director del hospital de destino, se producen inevitables problemas de utilización del recurso humano que es el becario.
5. Calidad de recursos dados por las autoridades para la formación de los becarios. Ejemplo : imposibilidad de efectuar turnos de noche en determinados servicios por falta de acomodaciones.
6. Ausencia de programación definida y conocida por los becarios y sus tutores en cuanto a las obligaciones asistenciales y el tiempo dedicado a ellas determinado por el empleador.
7. Falencia de determinados especialistas que complementan la formación del becario. Ejemplo : anatomía patológica.

b) Condiciones locales :

1. Falta de grupo docente adecuado en todos los aspectos que abarca el programa, lo que obliga el envío a otros centros docentes.
2. Ausencia de implementación para la práctica de destrezas obligatorias o para efectuar trabajo científico que vaya más allá del trabajo clínico.

CUARTO TRABAJO GRUPAL

El grupo de Pediatría deja constancia que todas las conclusiones de las sesiones de trabajo se han referido al Becario-Residente, entendiendo por tal al médico que hace una estada continua de perfeccionamiento en un Servicio calificado, en un período mínimo de tres años, bajo tutoría Universitaria.

EVALUACION

Consideraciones generales :

1. Indispensable la evaluación periódica, sistemática y dirigida.
2. Se considera deseable la asesoría pedagógica en el terreno de la evaluación para que ésta sea objetiva y fácil de realizar.

Se considera la evaluación como un proceso doble :

- a. Del becario en cuanto a conocimientos, habilidades y destrezas, hábitos y actitudes.
- b. Del proceso docente.

a. Del becario

1. Se estima que los programas en uso en las diferentes Facultades, toman en cuenta los aspectos de evaluación señalados, como carácter de autoevaluación y evaluación por los diferentes docentes involucrados en la formación del becario.

Se discute la posibilidad de una evaluación inicial, dada la diferente procedencia de los becarios: primarios, de retorno, extranjeros, etc.. Se discute que sería necesario un test inicial de información, más bien con carácter de autoevaluación. Se considera que esta pauta de autoevaluación es un documento de difícil gestación.

En cuanto a evaluación final del período de beca, se considera que lo que interesa es más bien la tendencia de los cambios de conducta más que el promedio de las evaluaciones periódicas y parciales del proceso.

2. Se recalca que sería de interés continuar la evaluación en el período de post-beca, elaborando un documento que valore los cambios de conducta esperados en los objetivos de la beca.

b. Del proceso docente

Se estima de necesidad absoluta la revisión continua y crítica de los programas, tanto por los becados como por los docentes en cada Facultad. Sería recomendable la constitución de un Comité Permanente con miembros de todas las Facultades del país.

En relación a certificación de título de especialista, el grupo considera que la certificación podría obtenerse por diversos caminos, que sólo sería materia de este Seminario la certificación de una Beca-Residencia en Pediatría General y que para lograrlo sería necesario la realización de un examen nacional elaborado por una Comisión formada por representantes pediátricos de todas las Facultades de Medicina.

GINECO - OBSTETRICIA

PRIMER TRABAJO GRUPAL

El grupo analizó el temario desde los aspectos más generales a los más particulares.

Consideraciones generales :

1. La formación de especialistas es un problema particular de una situación de carácter general que es la enseñanza de postgrado, que es inherente a todos los profesionales del área de la Salud. Su responsabilidad compete exclusivamente a la Universidad.
2. La vía de formación de especialistas es a través de un programa de enseñanza de graduados que en nuestro medio ha sido denominado "Programa de Beca" o "Beca Residencia", que tiene carácter intensivo.
3. El grupo estimó que este esquema de formación debiera ser adoptado por la Universidad para uniformar los lineamientos básicos y generales para que exista una evaluación uniforme que posibilite una certificación oficial.
4. Se concluyó que un Programa debería tener las siguientes características:
 - 4.1. De carácter integrado, gineco-obstétrico, respondiendo a las necesidades de la especialidad misma, las características programáticas de salud y las características de los Servicios.
 - 4.2. Coordinado con otros Departamentos y/o Servicios afines.
 - 4.3. Competitivo, en el cual se señalen o destaquen las particularidades propias de cada Departamento, que permita la libertad de elección del postulante.
 - 4.4. Selectivo, en el sentido que se exija del candidato requisitos bien especificados para desarrollar el Programa.

Al respecto, hubo consenso en recomendar, enfáticamente, que se arbitren las medidas para que los Departamentos de Gineco-

logía y Obstetricia tengan la responsabilidad del proceso de selección. Este tema debe ser considerado y analizado por los organismos pertinentes y amerita una reunión especial para ello.

- 4.5. Debe ser continuo, de manera que incremente en forma progresiva la autoformación del becario y, por ende, el adelanto de la especialidad.
- 4.6. Que sea aplicable, aprovechando la capacidad académica y asistencial de cada uno de los Departamentos.
- 4.7. Debe disponerse de los recursos humanos y materiales para el adecuado desarrollo del Programa.
- 4.8. Hubo unanimidad para establecer que la duración mínima del Programa debe ser tres años.

Esta consideración está avalada por la experiencia de los constituyentes del grupo, de los cuales la mayoría son ex-becarios y también la mayoría tiene responsabilidades en la formación de especialistas en Ginecología y Obstetricia.

La mayoría opinó que el tiempo debe distribuirse equitativamente entre Obstetricia y Ginecología, considerando la obligatoriedad de la Residencia obstétrica permanente.

5. Se puntualizó la necesidad de que la formación de especialistas en Ginecología y Obstetricia se mantenga relacionada con el marco estructural del ejercicio profesional de la especialidad existente en el país.

Propósito :

Formación de un especialista en obstetricia y ginecología que sea capaz de realizar en forma eficiente la Atención Integral de la mujer, desarrollar el quehacer específico y científico de la obstetricia y ginecología y estimular su capacidad de creación y autoformación.

Objetivos Generales :

1. Resolver los problemas obstétricos, ginecológicos y perinatólogicos que por su prevalencia e importancia médico-social, inciden en los índices

de morbi-mortalidad.

2. Desarrollar acciones preventivas y de administración en Salud en los diversos niveles en que le corresponde actuar integrándose al equipo de Salud en forma permanente, responsable y solidaria.
3. Integrarse activamente a las funciones docentes y programas de extensión que se realizan en el centro formativo.
4. Participar y/o efectuar investigación clínica y experimental obstétrica, ginecológica y perinatólogica, aplicando el método científico, contribuyendo así a su propio perfeccionamiento y al de la especialidad.
5. Reforzar actitudes éticas en la relación médico-paciente poniendo énfasis en la discreción y el respeto en el ejercicio profesional y el reconocimiento de sus propias limitaciones en el desempeño de las funciones médicas.

SEGUNDO TRABAJO GRUPAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Los objetivos generales antes expuestos se logran mediante Objetivos Específicos en las áreas Cognocitiva, Psicomotora y Afectiva, cuyos contenidos están explicitados en los programas que pueden resumirse como sigue :

A. Contenidos Teóricos : deben incluir :

1. Información de todas las materias de la especialidad, perinatología y de las disciplinas conexas, incluyendo conocimientos de ramos básicos, preclínicos y clínicos relacionados con la esfera genital de la mujer y, además, la patología mamaria.

Se recomienda destacar la importancia de las relaciones de la medicina psicosomática con la especialidad.

2. Las bases y fundamentos de las técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de uso corriente en la especialidad tanto médicos como quirúrgicos, planificación familiar, incluyendo indicaciones y técnica del manejo actínico y quimioterápico.
3. Información sobre aspectos fundamentales de Salud Pública, generales y específicos del campo obstétrico y ginecológico.
4. Fundamentos de Pedagogía Médica, especialmente en lo que se refiere a la formulación de programas docentes, pautas de evaluación, etc.

B. Contenidos de Habilidades y Destrezas :

Deben ir adquiriéndose gradualmente y ellos son establecidos de acuerdo a las acciones médicas programadas, desde las más

elementales hasta aquellas que lo capaciten para el logro de los objetivos generales planteados.

Las habilidades y destrezas propias de la superespecialización que un programa puede contemplar no deberán ir en desmedro de la formación de un especialista general.

En síntesis, puede decirse que ellos se refieren a :

1. Manejo correcto de pacientes gineco-obstétricas en general, en todos los niveles de atención : consultorios externos extrahospitalarios (consultorios periféricos); consultorios diferenciados extra o intrahospitalarios, emergencia gineco-obstétrica; pacientes hospitalizados; pre y post operatorio, etc.
2. Uso correcto (indicaciones, contraindicaciones y técnicas) de procedimientos profilácticos, diagnósticos y terapéuticos; intervenciones gineco-obstétricas menores y mayores, incluida la histerectomía abdominal y vaginal. No debiera considerarse como objetivo terminal de esta etapa de formación la cirugía oncológica ampliada en ginecología.
3. Participar temporalmente en forma activa en el manejo del Programa maternal del área.
4. Adquirir durante todo el período formativo, expedición en docencia de alumnos e internos de Medicina, de otras carreras de Salud que se impartan en su Departamento y eventualmente de postgrado.

C. Contenidos de Actitudes :

Se estima que éstos (principios de ética, responsabilidad, trato humanitario, puntualidad, trabajo de equipo, espíritu de investigación, proceder científico en la práctica asistencial y docente, discreción y tacto con la paciente) se van entregando gradualmente a través de todo el período formativo y en especial el becado los adquiere mediante el contacto con todo el equipo docente y asistencial que integra el Centro Formador,

TERCER

cuya responsabilidad en este aspecto se considera tan importante como los otros dos de conocimientos y destrezas. La calidad del médico que se forma es en gran parte el reflejo de las actitudes de todos los que han participado en su formación.

CONSIDERACIONES GENERALES

1. La metodología que se emplee en la formación del médico debe ser acorde con los objetivos de la formación.
2. La metodología que se emplee debe ser acorde con el desarrollo del alumno.
 - 2.1. Que sea de carácter participativo.
 - 2.2. Que sea acorde con el nivel de desarrollo del alumno.
 - 2.3. Que sea acorde con el tipo de aprendizaje que se requiere.
 - 2.4. Que sea acorde con el tipo de actividades que se requieren.
 - 2.5. Que sea acorde con el tipo de recursos que se tienen.
 - 2.6. Que sea acorde con el tipo de ambiente que se requiere.
3. Es difícil implementar la metodología que se requiere dada la carencia de las acciones metodológicas que realice el docente y la importancia que tiene el estudiante en su formación, sus conocimientos, habilidades y actitudes.
4. El criterio de implementación de la metodología que se requiere debe ser acorde con el tipo de actividades que se requieren, el tipo de recursos que se tienen, el tipo de ambiente que se requiere, el tipo de actividades que se requieren, el tipo de recursos que se tienen, el tipo de ambiente que se requiere.
5. Adicionalmente a lo anterior se debe tener en cuenta que el tipo de metodología que se emplee debe ser acorde con el tipo de actividades que se requieren, el tipo de recursos que se tienen, el tipo de ambiente que se requiere, el tipo de actividades que se requieren, el tipo de recursos que se tienen, el tipo de ambiente que se requiere.

TERCER TRABAJO GRUPAL

Se analizó exclusivamente las características de la metodología y los problemas que presenta su desarrollo.

CONSIDERACIONES GENERALES

1. La metodología, igual que el resto del programa, debe ser revisada, evaluada periódicamente para su actualización o corrección.
2. La metodología debe reunir algunas características generales para el desarrollo del programa :
 - 2.1. Que sea de carácter progresivo en complejidad.
 - 2.2. Que esté sujeta a revisión permanente.
 - 2.3. Que sea evaluada permanentemente.
 - 2.4. Implica asistencia al becario y supervisión.
 - 2.5. Requiere de recursos técnicos y docentes suficientes.
 - 2.6. Que esté integrada a la clínica.
3. Es difícil sistematizar la metodología por áreas dadas las características de las acciones asistenciales que realiza el becario y la importancia que tiene la autogestión en su formación, que genera conocimientos, habilidades y actitudes.
4. El criterio de autoformación debe implicar la enseñanza o guía de una "metodología de la autoformación" que incluya por ejemplo, sistema de informática, necesidad de un idioma adicional, línea de la investigación, distribución del tiempo, aprovechamiento de los recursos del Departamento.
5. Aún cuando lo siguiente escaparía a la Metodología y sería del resorte de "Acreditación del Centro Formador", dada su importancia, el Grupo ha estimado necesario dejarlo consignado. Dado que Obstetricia y Ginecología constituyen una sola especialidad, para lograr la formación de un Gineco-Obstetra según el Propósito y los Objetivos expuestos, es indispensable que el Departamento o Centro Formativo cuente con los Servicios de Maternidad y Ginecología de un nivel equivalente de desarrollo, y que, cada uno de ellos cuente, por lo tanto, con los recursos humanos y materiales adecuados para efectuar Asistencia, Docencia e Investigación de todos los niveles en las Secciones correspondientes.

A. Metodología para la Adquisición de los Contenidos Teóricos.

El becario adquirirá los elementos cognocitivos a través de :

1. Estudio personal. Se recomienda que los Centros Formadores se implementen de las nuevas técnicas de autoinstrucción.
2. Investigación asignada y discusión de grupo, debidamente protocolizados.
3. Asistencia obligatoria y participación activa en las reuniones clínicas, anátomo-clínicas, bibliográficas, reuniones conjuntas con otras especialidades o disciplinas y auditoría del Servicio.
4. Posibilidad de asistencia a reuniones científicas de la especialidad y de otras afines; asistencia a seminarios, mesas redondas, cursos de postgrado y congresos nacionales y extranjeros, debidamente autorizados por el tutor responsable y el Director de Departamento. Tales reuniones o eventos deberán ser debidamente certificados.
5. Asistencia a las actividades docentes que determine el Departamento.
6. Participación en elaboración, ejecución y análisis del Programa de atención maternal del área.

B. Metodología para la Adquisición de los Contenidos de Habilidades y Destrezas.

Los becarios se incorporarán con responsabilidades crecientes y en forma activa a todas las labores del Centro Asistencial.

1. Atención de Consultorio Externo adosado y periférico.
2. Atención de pacientes hospitalizados.
3. Rotación por las diferentes Secciones del Servicio o Unidad de Obstetricia, Ginecología y de algunas disciplinas anexas con la especialidad.

4. Incorporación permanente a un turno de Residencia Obstétrica.
5. Participación en la Docencia del Departamento y del Servicio.

C. Metodología para Obtener el Refuerzo y Entrega de Actitudes.

Se considera que para ello deben tomarse en cuenta todos los aspectos que expresen la disposición permanente de los médicos becarios para su formación como Especialistas en Obstetricia y Ginecología.

Los énfasis se hacen en: asistencia, puntualidad, disciplina, responsabilidad, relación médico-paciente, relaciones humanas con los diferentes componentes del equipo de salud, disposición intelectual a las labores asignadas, su comportamiento ético y su cuidado personal.

La Comisión ha estimado como un aspecto Integrador a la Metodología de la Formación en la especialidad, el hecho que debiera ser responsabilidad recíproca del Departamento acreditado y del médico en formación (becario), la participación en proyectos de investigación del Servicio y estimular la elaboración de una investigación de tipo clínico o experimental, que permitiera a este último su ingreso como miembro activo a una Sociedad Científica de la Especialidad.

CUARTO TRABAJO GRUPAL

1. La Evaluación debe ser permanente, continua y global, incluyendo integralmente los elementos considerados en el proceso enseñanza aprendizaje.
2. Debe ser normalizada por la Universidad estableciéndose las pautas generales.
3. Debe ser científica, es decir, debe plantearse de acuerdo a los objetivos específicos formulados en los programas.
4. Las pautas específicas de evaluación, instrumento y su periodicidad deben quedar estampadas en el programa y deben ceñirse a las normas generales de evaluación.
5. Los Departamentos deben determinar las Comisiones Evaluadoras.
6. El informe final será enviado desde el Departamento al Nivel Superior (Facultad) para su ratificación e informe final al Nivel Central.
7. Se recomienda establecer a este nivel (Facultad) una Comisión Permanente de Evaluación Interfacultad que reglamente el examen final de certificación.
8. Se sugiere incentivar la elaboración de los Reglamentos legales correspondientes que posibiliten la certificación oficial de la formación del especialista.

CUARTO TRABAJO GRUPAL

"PRIMER SEMINARIO NACIONAL SOBRE ENSEÑANZA DE
POSTGRADO EN EL AREA DE LA SALUD"

24-27 Agosto de 1977.

CONSOLIDADO DE LAS CONCLUSIONES DE LOS
CUATRO GRUPOS DE TRABAJO

Tema : "Programación y Evaluación Docente de Postgrado en las
Especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía
y Gineco-Obstetricia".

I. PRIMER TRABAJO GRUPAL

"Propósitos y Objetivos de la formación de Postgrado en las
Cuatro Especialidades Clínicas Básicas"

Todos los grupos concuerdan en que la programación de la
formación de postgrado sistematizada es función privativa e
irrenunciable de las Universidades.

Con respecto a Propósito casi todos concuerdan también en
que esta etapa de formación de postgrado debe estar destinada a
lograr un especialista básico, mediante la complementación dife-
renciada de los conocimientos del "Médico Cirujano" producto del
pregrado, constituyendo una etapa indispensable a cumplir previa
a la superespecialización.

Las características que deben darse a la formación están de-
terminadas por factores de filosofía técnico profesional y docente,
los que pueden y deben adecuarse, dentro de ciertos límites, a la
demanda de salud y condiciones socio-económicas y culturales de
la población; a los patrones e índices de morbilidad y mortalidad
y a la estructura y organización del sistema de salud, así como
a los programas de atención vigentes y a su filosofía. Podría re-
sumirse diciendo que la formación de estos especialistas debe
mantenerse relacionada al marco estructural del ejercicio pro-

fesional que cada una de estas especialidades tiene en el país. El grupo de cirugía estimó que los factores antes mencionados no pueden influir significativamente en la formulación programática de objetivos en Cirugía, y en el Propósito general del programa establecen que éste está destinado a la formación de un Cirujano General y Especializado. Existe consenso en todos los grupos para establecer los siguientes OBJETIVOS GENERALES :

1. Formación científica básico clínica, sistemática, continua y progresiva que incluya :
 - a) Adquisición activa de conocimientos a través de un proceso permanente de estudio personal y de autoformación supervisada.
 - b) Desarrollo de destrezas clínicas, instrumentales, técnicas y terapéuticas específicas de cada disciplina.
 - c) ESTIMULO de motivaciones docentes y de investigación.
 - d) Adquisición y/o refuerzo de los conceptos de prevención del riesgo de enfermar que existen con mayor o menor énfasis en cada una de estas disciplinas.

2. Promoción de actitudes favorables de responsabilidad y ética personal y profesional; frente al enfermo, su grupo familiar y la comunidad; de hábitos de estudio y perfeccionamiento y de integración y buenas relaciones interpersonales con todos los integrantes de los respectivos equipos de salud.

Se espera formar así en cada disciplina un Especialista básico capaz de diagnosticar y tratar eficientemente toda la patología frecuente en la disciplina correspondiente; enfrentar y resolver las urgencias no derivables y seleccionar y referir a los niveles superiores de atención los casos más complejos que requieren de técnicas diagnósticas y/o de terapéuticas más complejas o del concurso de equipos multidisciplinarios.

El grupo de Medicina Interna estima necesario precisar lo que debe considerarse un especialista en este campo a fin de diferenciarlo claramente del Médico General responsable de la atención primaria y de evitar su subutilización en labores inespecíficas de menor nivel.

II. SEGUNDO TRABAJO GRUPAL

"Contenidos de los Programas Formativos"

Todos los grupos coinciden en considerar que éstos se refieren a las áreas cognocitiva, psicomotora y afectiva y que deben jerarquizarse progresivamente según los niveles sucesivos de capacitación programada. Se sugiere que esta clasificación, es, quizás, demasiado esquemática y rígida y que, en el campo de la docencia médica, los contenidos de una y otra esfera suelen sobreponerse parcialmente. Por razones obvias los contenidos establecidos por cada grupo son diferentes y no es el caso analizarlos en este informe final.

Resulta importante señalar, no obstante, que entre los que se relacionan con conocimientos y destrezas, todos los grupos mencionan con mayor o menor énfasis, los que se refieren a salud pública, docencia, investigación y administración.

Cabe destacar también que los diversos programas de cada una de las especialidades persiguen una entrega similar de contenidos aún cuando parezca haber una programación y/o calendarización diferente.

El grupo de Pediatría estima que los contenidos deberían jerarquizarse en niveles, según el grado de capacitación en el manejo de problemas que son particulares de la especialidad.

III TERCER TRABAJO GRUPAL

"Metodología Curricular"

La Metodología y el diseño curricular, así como los instrumentos y estrategias utilizados para entregar los contenidos y asegurar el logro de los objetivos pueden variar de un Centro Formativo a otro sin alterar substancialmente el producto final.

Actividades Formativas Básicas:

Se reconoce que son múltiples y variadas pero hay unanimidad para aceptar que deben tener el denominador común de la participa-

ción activa y personal que requiere de adecuada motivación y que debe estar basada en la actividad clínica con responsabilidad progresiva.

A. Area del Conocimiento :

1. Estudio personal orientado y evaluado, estimulado por múltiples procedimientos y sistemas (responsabilidad directa en el estudio y tratamiento de los enfermos, participación activa en reuniones de diversos tipos; docencia e investigaciones; autoevaluaciones y tests periódicos, etc.). En este sentido se insiste en la importancia indiscutible de una adecuada disponibilidad de material bibliográfico actualizado.
2. Participación Activa y Directa en las Actividades Formativas del Servicio o Departamento (reuniones clínicas, anátomo clínicas, diagnósticas, bibliográficas, etc.).
3. Asistencia a Congresos, Cursos, Cursillos y Conferencias. Se considera útil pero se estima que debe ser reglamentada, limitada y selectiva, ya que de otra manera resta tiempo al desarrollo del Programa regular de formación. Su valor en lo que respecta a destrezas se discute.
4. Clases Teóricas. Hay consenso casi unánime en descartarlas de la formación de postgrado por su carácter substancialmente pasivo.
5. Pasos Prácticos, Seminarios y Visitas de Sala con participación activa del Becario.
6. Capacitación Docente a través de la participación en la enseñanza de pregrado de medicina y otras carreras de la Salud.

B. Area de Habilidades y Destrezas

Las destrezas se adquieren esencialmente a través del contacto cotidiano y permanente con el enfermo en el trabajo de salas, pabellones, Consultorio Externo de la Especialidad

Departamento o Unidades (de menciones de cada especialidad)
Residencia y Servicios de Urgencia, laboratorios y otros servicios de apoyo diagnóstico.

La labor desarrollada a estos diversos niveles permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos y desarrollar destrezas semiológicas, clínicas, técnicas instrumentales y terapéuticas médicas o quirúrgicas correspondientes a la atención de 2° y a veces de 3er. nivel.

C. Area de Hábitos y Actitudes

Durante el período en formación de postgrado se refuerzan los hábitos y actitudes favorables ya promovidas inicialmente en el pregrado. Entre ellas destacan las que se refieren a responsabilidad y ética; capacidad de perfeccionamiento continuado por proceso de autoformación, espíritu de integración y solidaridad con el equipo y la comunidad y actitud permanente de respeto y comprensión frente al paciente.

En la promoción de estas características se considera esencial la imagen y el rol de los docentes.

Los grupos consideran que la mayor limitación para el desarrollo de los programas está en la falta relativa de recursos docentes y materiales, en la dificultad de la supervisión técnica diversificada y en la falencia de determinadas especialidades de apoyo diagnóstico.

Otras dificultades que se mencionaron y que se refieren a programación se considerarían parcialmente superadas a través del desarrollo del Seminario, siempre que las conclusiones de éste se analicen en el seno de los grupos de trabajo y se logre la materialización de gran parte al menos de lo programado.

"Evaluación del Proceso de Formación de un Especialista en las Cuatro Disciplinas Clínicas Básicas"

Todos los grupos concuerdan en que la evaluación debe ser permanente, considerando las tres áreas del proceso enseñanza-aprendizaje.

Las pautas y/o instrumentos de evaluación debieran ser normados en lo general por la Universidad y en su elaboración deberá poder contarse con la adecuada asesoría pedagógica dado lo complejo del proceso, de manera de lograr que éste sea científico y objetiva.

Un grupo sugiere que debieran formarse Comisiones Evaluadoras a nivel Departamental.

Todos los grupos establecen que el proceso de Evaluación a que estará sometido el médico en formación debe estar explícito en los programas, los que deben darse a conocer oportunamente.

Algunos de los grupos estiman que la evaluación del Proceso Docente constituye un importante elemento de retroalimentación que permite mejorar e implementar los programas.

Todos los grupos establecen enfáticamente que una vez analizados los programas y habiendo realizado esta actualización sería conveniente constituir algunas Comisiones Permanentes Interfacultades que reglamenten los requisitos y características que debiera tener la certificación de estas Especialidades.

Uno de los grupos propone tentativamente que esta certificación se fundamente en los siguientes parámetros :

1. Evaluación local realizada a lo largo de la formación.
2. Prueba escrita de tipo Nacional.
3. Examen Práctico Final, cuya justificación es discutida por algunos participantes.

Algunos de los grupos se motivan como para elaborar en conjunto anteproyectos de requisitos y sistemas de certificación de la especialidad.

Finalmente, todos los grupos concuerdan en que la duración de la formación en estas especialidades, así programadas, no puede ser menor de los tres años actualmente contemplados y que mientras no haya una evaluación uniforme no es aconsejable hacer cambios en la duración de los programas los que, hasta ahora, han demostrado ser eficientes en la formación.

La jornada debe ser de 44 horas con Turno de Residencia y, asegurado un buen financiamiento de los médicos en formación, la dedicación debiera ser exclusiva, lo que garantizaría tiempo para la autoformación.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA "EVALUACION DEL SEMINARIO".

El 70% de los Participantes respondió la Encuesta.

Pregunta N° 1

Considera Ud. que el propósito y objetivo general del Seminario de Establecer Normas Generales de Programación, Revisión y Actualización de los Programas de Formación de Especialistas en las 4 Especialidades Clínicas Básicas, se cumplió en forma :

Satisfactoria : 32 Regular : 1 Insuficiente : 0

Pregunta N° 2

Cuáles de las actividades programadas en el desarrollo del Seminario considera Ud. de mayor rendimiento ?

Exposiciones Conceptuales	1
Trabajos Grupales	33
Sesiones Plenarias de Discusión	0

Un participante considera que cada una de las Actividades cumplió su objetivo ya que son diferentes y no homologables.

Pregunta N° 3

Considera Ud. que el Contenido del Seminario contribuyó a ampliar la información que Ud. tenía sobre estos Programas de Formación de Especialistas ?

Sí : 29 No : 3 Sí/No : 1

Pregunta N° 4

Considerando la posibilidad de continuar este tipo de encuentros, cuáles serían, a juicio suyo, los temas más importantes y más urgentes a tratar.

Enumérelos :

- | | |
|---|----|
| 1. Certificación de la Especialidad y Legislación al respecto | 23 |
| 2. Acreditación de los Centros Formadores | 17 |

3. Normalización de "Condas" o cualquier otro mecanismo de relación entre Universidades y Ministerio de Salud 6
4. Evaluación de los Graduados (Examen Final) 5
5. Creación de una "Oficina de Graduados" Inter-universitaria y Evaluación periódica de los Programas (cada uno). 4

Otras respuestas : Dotación Tecnológica, Docente y de Investigación; Financiamiento de Educación en Salud; Formación y Perfeccionamiento de Docentes; Otras vías de Formación de Especialistas además de las Becas-Residencias. Selección de Candidatos a Programas de Formación de Especialistas; Elaboración de Programas de otras Especialidades y Finalmente, evaluar progresos de lo acordado y resultados prácticos de este Seminario.

Pregunta N° 5

Considera Ud. que los objetivos generales y específicos abordados por este Seminario fueron apropiados ?

Sí : 29 No : 1 Sin Responder : 3

El participante que contesta que No considera que el horizonte del Seminario se vió reducido al analizar solamente los Programas de Becas-Residencias.

En la fundamentación de las respuestas positivas : algunos consideran que los objetivos eran solamente generales; que fue un paso necesario para profundizar después; que se dieron las posibilidades de conocer los Objetivos Generales en cada Especialidad Básica, destacando la similitud de los Programas, en líneas generales.

Pregunta N° 6

Si se considera que, en general los programas aparecen bastante coincidentes en sus planteamientos generales : Considera Ud. que las conclusiones emanadas de este Seminario podrían contribuir a establecer un Programa Mínimo Común que sirviera de base para una Certificación posterior de estas Especialidades ?

Sí : 33

No : 0

Fundamente si lo considera necesario : Se acepta que el núcleo básico de los Programas ya ha sido planteado y aceptado en este Seminario, que ahora compete a cada Facultad discutir cuidadosamente el Contenido de los Programas y las Pautas de Evaluación, las que deberían ser factibles, prácticas y confiables. Para toda esta labor se propone la creación de Comités Permanentes Intrafacultades y que existiendo un Programa Mínimo Común como los analizados, desarrollados en Centros Acreditados, la igualdad de calidad de los Especialistas así logrados puede ser evaluada mediante Pruebas de Tipo Nacional (Boards Nacionales) que permitan la Certificación de la Especialidad.

Se ha tomado conciencia de que es necesario evaluar : el grado de cumplimiento de los Programas y el producto del proceso.

Pregunta N° 7

Cuáles son, a juicio suyo, los aspectos de estos Programas más difíciles a desarrollar ? Enumérelos :

1.	Evaluación	24
2.	Definición de Contenidos operacionales	4
3.	Entrega de Hábitos y Actitudes	4
4.	Adecuación de Programas a la realidad local	2
5.	Relaciones Universidades y Ministerio de Salud	1

Pregunta N° 8

Considera Ud. apropiado el tiempo dedicado al desarrollo de la temática de este Seminario ?

Suficiente : 27

Insuficiente : 5

Excesivo : 1

Pregunta N° 9

Cuál es el Sistema por el cual Ud. llegó a formarse como Especialista ?

- | | |
|--|----|
| 1. Becas : primarias, retorno, S. N. S. y Universitarias | 17 |
| 2. Autoformación más becas en Extranjero | 7 |
| 3. Autoformación : trabajo en Servicios Especializados y Cursos de Perfeccionamiento | 7 |
| 4. Becas en el extranjero (U. S. A.) | 2 |

Pregunta N° 10

Si estuvo sometido a un Programa de Beca-Residencia, cumplió con el Requisitos del Examen para su certificación final ?

De los 17 que en la respuesta anterior contestaron haberse formado mediante Becas Residencias : solamente 4 dieron el Examen Final y 13 reconocen no haber cumplido con ese Requisito.

Pregunta N° 11

Enumere las principales fallas que observó en el desarrollo del Temario del Seminario y haga sugerencias :

- | | |
|---|----|
| 1. <u>Fallas</u> : Temario demasiado amplio y Pautas de Trabajos Grupales Difusas : poca integración de los invitados; charlas conceptuales demasiado teóricas; tiempo escaso para elaborar las Conclusiones; falta de participación de otras Instituciones, Ej. Sociedades Científicas. Poco personal de Secretaría; falta de apoyo pedagógico | 18 |
| 2. <u>Sin fallas</u> : En general, ninguna importante; muy bien organizado; excelente en cuanto a marco conceptual desarrollo mismo en cuanto a espíritu de participación y calidad del diálogo, organización y capacidad de concretar una adecuada síntesis y definición futura | 4 |
| 3. <u>Sin respuesta</u> | 11 |

Pregunta N° 12

Considera Ud. que este Seminario le ha motivado lo suficiente como para permanecer en contacto con los demás participantes para seguir perfeccionando las materias tratadas ?

Sí : 31 No : 1 Sin respuesta : 1

Pregunta N° 13

Si se establece una secuencia en el desarrollo de estos temarios, cuál sería su sugerencia en cuanto a quienes debieran ser los futuros participantes?

Los mismos : 23 Por qué? Los participantes demostraron capacidad, conocimientos y experiencia; están al tanto de los diálogos no escritos y al evitar consumo de tiempo propio de la iniciación de los Trabajos Grupales se permitiría continuidad en el trabajo y avanzar perfeccionando lo ya hecho para alcanzar niveles más altos, la seriedad, contacto personal y motivación alcanzados son razones obvias 20
No dan razones 3

Los mismos más otros : 6 Por qué? Debe ampliarse la base de docentes que se compenetren del problema de Formación de Especialistas desde sus bases; los mismos son expertos y otros pueden aportar más ideas y experiencias y enriquecer el resultado del proceso 4
No dan razones 2

Otros : 4 Por qué? Lograr una participación de todos los docentes en materias de programación y Formación de Especialistas; que sean menos "detallistas"; para evitar la asistencia de algunas personas "poco documentadas" 4

Pregunta N° 14

Expresa someramente su opinión sobre las condiciones materiales con que se llevó a efecto el Seminario y haga sugerencias :

1. Buenas, adecuadas, satisfactorias o apropiadas... 19
Sin sugerencias : 12
Con sugerencias: 7

Comunicar el próximo con cuatro semanas de anticipación; falta de silencio en Sala de Plenarias; se sugiere una secretaria por grupo y material para reproducción inmediata de las conclusiones; lugar de más fácil acceso; hacerlos rotativos en otras Facultades.

- 2. Excelentes, Muy buenas 10
Sin sugerencias : 8
Con sugerencias : 2

Algo lejos; faltó una secretaria por grupo.

- 3. Sin calificación : 4

Con sugerencias de realizarlos en lugar más central: 3

Pregunta N° 15

Qué sistema sugiere Ud. como metódica de evaluación permanente de estos Programas ?

- 1. Reuniones periódicas de los mismos grupos de trabajo o a través de nuevos Seminarios o de las personas o autoridades encargadas de estos Programas, etc. . . . 14
- 2. Formación de Comités, Comisiones, o cualquier tipo de Organismo Interfacultades que revise, evalúe y actualice periódicamente los programas 5
- 3. Evaluación de carácter Nacional 4
- 4. Evaluación del Producto formado a través de su eficacia 3
- 5. Se necesitaría mayor conocimiento e información 2
- 6. Se sugiere Encuesta semejante a ésta 1
- 7. No contestan 4

Nota : Los originales de las Encuestas pueden ser solicitados para verificación de las respuestas.

RESUMEN DE LA SESION PLENARIA FINAL

Y CONCLUSIONES GENERALES

Moderador : Sr. Sergio Chaigneau C.,
Vicerrector de Asuntos Académicos
Universidad de Chile.

Lectura del Consolidado que resumen los planteamientos más generales de las Conclusiones de los Grupos de Trabajo, en los cuatro temas analizados, el que es aprobado por los participantes, previas algunas modificaciones y cuyo ejemplar corregido y revisado por los Coordinadores de los Grupos de Trabajo se adjunta en este Informe Final del Seminario.

Posteriormente se intercambian opiniones sobre el rendimiento del Seminario, desde el punto de vista práctico, aceptándose que es imprescindible mantener este tipo de diálogo universitario para tratar materias tan importantes como las abordadas y muchas otras que necesitan coordinarse. A este respecto el Sr. Vicerrector deja constancia que la Universidad de Chile colaborará y participará en toda iniciativa que se tome al respecto en el ámbito universitario nacional y que, por supuesto, ella a su vez, continuará sus esfuerzos internos en todo lo que sea estructuración y perfeccionamiento de su quehacer docente de pre y postgrado.

Se discute ampliamente sobre la factibilidad de llevar a cabo los Programas establecidos, habiendo acuerdo en que las mayores dificultades están en :

1. Falta de recursos docentes, humanos y materiales, lo que, a su vez, incide en la necesidad de establecer normas reales de Acreditación de Centros Formadores, basadas en las posibilidades de llevar a cabo integralmente los Programas establecidos y si ello no es posible, por lo menos debe establecerse una capacidad de desarrollo mayoritaria del Programa con amplementa-

ciones que no debieran exceder un tercio de la duración de la Formación.

2. Falta de una adecuada Coordinación entre el Organismo Formador : Universidades y los Organismos Usuarios de los recursos humanos Especializados, Formados o en Formación; fundamentalmente Ministerio de Salud, dada las características de la Carrera Funcionaria del Sistema de Salud de Chile.

Se establece que una adecuada coordinación beneficiaría a ambos estamentos, permitiendo una adecuada Selección de los Candidatos según sus reales aptitudes y según las reales necesidades de los respectivos especialistas; permitiendo una distribución proporcional de los recursos materiales que cada una de las instituciones involucradas debieran aportar para el desarrollo de todos los programas docentes de postgrado, los que no hacen más que incidir en un perfeccionamiento de las prestaciones en Salud de todos los niveles de complejidad aceptados; permitiendo una adecuada utilización de los especialistas formados y evitando el éxodo externo y/o internos de profesionales.

3. Falta de Normas Generales y Confiables de Evaluación, tanto de los Programas, de los médicos en Especialización, de los Centros Formadores y fundamentalmente de un Método que permita la Certificación Nacional de Especialidades.

Luego se efectúa un análisis del Documento inicial que sirvió de base para estructurar el temario de este Primer Seminario y en el cual se resumía gran parte de la problemática que la Enseñanza de Graduados presentaría en Chile, en este momento y que sería necesario someter a estudio, coordinación, evaluación, etc.

Estos se referían a : Evaluación retrospectiva de los Programas de Formación de Especialistas y del rendimiento que su desarrollo y metodología han tenido hasta el momento actual; necesidad de establecer Criterios Generales de Selección de los postulantes; revisión y análisis de los programas; establecimiento de Criterios de Acreditación de Centros Formadores; proponer procedimientos generales de evaluación de los be-

carios; proponer un Sistema Nacional de Evaluación que conduzca al otorgamiento adecuado y uniforme del Certificado de Especialista; establecer los Niveles de Coordinación entre los organismos responsables de la Formación y los que requieren los servicios de los Especialistas ya formados; lograr el reconocimiento internacional de las Actividades de Postgrado en el Area de la Salud, etc.

Se concuerda que algunos de los temas pueden ser materia de futuros Seminarios especialmente aquellos que caen de preferencia en el terreno de lo docente propiamente tal y en los que el diálogo Universitario, semejante al de este encuentro parece ser altamente motivante y fructífero.

Hay otros aspectos que se consideran son del resorte de Coordinaciones Institucionales y, por lo tanto, no abordables en un Seminario.

En resumen y basándose en :

1. Las Conclusiones de cada uno de los Grupos de Trabajo;
2. El Consolidado de las Conclusiones de los Cuatro Grupos de Trabajo,
3. El resultado de la Encuesta de "Evaluación del Seminario", que se adjunta, y finalmente
4. En el análisis de los Antecedentes, Documentos previos, Bibliografía, Conclusiones del "III Seminario de Formación Profesional" y de las opiniones vertidas por los expertos invitados : Prof. Dr. José Roberto Ferreira y Prof. Dr. Rafael de Zubiría, creemos que este "Primer Seminario Nacional sobre Enseñanza de Postgrado en el Area de la Salud" permite establecer las siguientes :

CONCLUSIONES GENERALES :

- I El enorme interés, entusiasmo y motivación demostrado por los participantes así como la riqueza de las discusiones hacen concluir la necesidad de continuar este tipo de encuentros ya que de ellos se logra un intercambio de experiencias que rara vez es posible realizar y que ha demostrado ser de un rendimiento que no puede ser desaprovechado.
- II Todos los aspectos de Programación y Evaluación de la Docencia de Postgrado constituyen una responsabilidad Universitaria irrenunciable ya que ellos sólo representan una prolongación de la Formación Universitaria la cual no finaliza con la otorgación de un Título al

término de la etapa de Pregrado sino que debe continuar a lo largo de toda la vida útil de los profesionales así formados.

- III La calidad y notable homogeneidad de los Programas de Formación en las cuatro Especialidades Básicas analizadas de todas las Facultades de Medicina del país, revelan la existencia de una estrecha coincidencia de filosofía en lo que respecta a docencia de Postgrado.
- IV El consenso que la Beca-Residencia como Programa de Formación de Especialista en Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Obstetricia y Ginecología constituye el mejor sistema aplicable al objetivo de lograr un especialista clínico básico y que la experiencia acumulada hasta ahora permite establecer que el tiempo mínimo para lograrlo es de tres años, dadas la complejidad que la Medicina adquiere cada día y dados los recursos con que para ello se cuenta en los diversos Centros Formadores del País.
- V Se acepta que la calidad de los Especialistas Formados hasta ahora mediante los programas vigentes, la calidad misma de los Programas, aún cuando se reconozca que no todas las veces el grado de cumplimiento de ellos es total y siempre que se establezcan más claramente los sistemas de Evaluación de los Médicos en formación, sería urgente e imprescindible establecer el reconocimiento oficial de estos Especialistas, para lo cual se propone estudiar y diseñar una prueba de carácter Nacional.
- VI Se concuerda también que, dada las características del desarrollo de los Programas de Formación de Especialistas, la estructura de Salud de Chile, las características de la Carrera Funcionaria, ambos estamentos : Universidades como formadoras y Ministerio de Salud como principal empleador, deben mantener un estrecho contacto así como un diálogo franco destinado a solucionar conjuntamente los problemas de índole Docente-Asistencial.
- VII Se acepta que las "Menciones" dentro de cada una de estas Especialidades deben constituir una etapa posterior adicional de formación y sobre las cuales debieran comenzar a estructurarse los modelos y/o programas que conducirían a adquirir la calidad de superespecialistas.
- VIII Hay acuerdo casi unánime de seguir constituídos como Grupos de Trabajo perfeccionando los programas, intercambiando opiniones y experiencias y elaborando anteproyectos de Certificación de Especialidades

y Pautas de Evaluación de los Becarios, de los Programas, de los Centros, etc.

IX Finalmente, se proponen los Temas para ser analizados en futuros Seminarios, estableciéndose que ellos podrían ser, fundamentalmente :

- ✓ 1. Acreditación de Centros Formadores, criterios para establecerlos.
- ✓ 2. Sistema Nacional de Certificación de las Especialidades.
- ✓ 3. Programas de Formación de otras Especialidades.
4. Establecimiento de Criterios para la Formación en Menciones de una Especialidad Básica.

DRA. SYLVIA SEGOVIA P.
Director de Oficina de Graduados
Facultad de Medicina Occidente
Coordinador General del Seminario

