PRIMERA CONFERENCIA GENERAL DE EDUCACION MEDICA

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

BOGOTA, 22 A 27 DE AGOSTO, 1966

Primera Conferencia General de Educación Médica

Educación Médica - Factor de Desarrollo Económico y Social

Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina

PRIMERA CONFERENCIA GENERAL DE EDUCACION MEDICA

ORGANIZADA POR LA ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

CON LA COLABORACION DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE UNIVERSIDADES

22 a 27 de Agosto, 1966
Bogotá, Colombia

Publicado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

Director Ejecutivo Dr. Bernardo Moreno Mejía

Producción Mercedes de Torres

Impreso por Ediciones Tercer Mundo, Bogotá

CONTENIDO

RECONOCIMIENTO

La Comisión Organizadora de la Conferencia y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, quieren dejar expresa constancia de su agradecimiento por las manifestaciones de que han sido objeto con motivo de la Reunión de la I Conferencia General de Educación Médica de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, y por la colaboración que en todo momento prestaron las Asociaciones Nacionales y las Escuelas aisladas para su organización.

Así mismo expresan su reconocimiento a la Organización Panamericana de la Salud, a la Fundación Kellogg y a la Milbank Memorial Fund por su contribución al éxito de la Reunión.

COMITE ORGANIZADOR

Dr. GABRIEL VELASQUEZ PALAU — Presidente

Dr. ALBERTO VEJARANO LAVERDE — Secretario General

MIEMBROS

Doctor Rafael Casas Morales

Doctor Abel Dueñas Padrón

Doctor Humberto Janer Ruiz

Doctor Jaime López Ruiz

Doctor Benjamín Mejía Calad

Doctor Enrique Mejía Ruiz

Doctor Héctor Abad Gómez

Doctor Fernando Andrade Lleras

Doctor Luis M. Borrero

Doctor Bernardo Chica Molina

Doctor Silvio Gómez

Doctor Hernando Groot

Doctor Alejandro Jiménez Arango

Doctor Alfonso Mejía Vanegas

Doctor Edgar Muñoz

Doctor Antonio Ordóñez Plaja

Doctor Alfonso Ramírez Gutiérrez

MIEMBROS DIRECTIVOS DE LA FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA

Dr. AMADOR NEGHME	Presidente
Dr. GABRIEL VELASQUEZ PALAU	Vice-Presidente
Dr. JOHN A. D. COOPER	Tesorero

VOCALES

Dr. JOSE MIGUEL TORRE

Dr. JUAN ANTONIO ORFILA

Dr. JACQUES LUSSIER

Dr. ERNANI BRAGA	Director Ejecutivo

MIEMBROS DIRECTIVOS DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

Dr. GABRIEL VELASQUEZ PALAU	Presidente
Dr. BENJAMIN MEJIA CALAD	Vice-Presidente
Dr. HUMBERTO JANER RUIZ	Secretario General
Dr. BERNARDO MORENO MEJIA	Director Ejecutivo
Dr. RAUL PAREDES MANRIQUE	Jefe, División de Educación, Planeación y Desarrollo
Dr. HERNAN MENDOZA HOYOS	Jefe, División de Estudios de Población
Dr. JORGE CASTELLANOS R.	Jefe, División de Hospitales
Dr. RAFAEL DE ZUBIRIA G.	Jefe, División de Títulos y Especialidades Médicas
Dr. MARIO NUÑEZ HINESTROZA	Asistente Dirección Ejecutiva

LISTA DE PARTICIPANTES

ARGENTINA

Julio Ceitlin	Secretario Permanente, Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, Echeverría 144 - Buenos Aires.
Juan Antonio Orfila	Profesor Emérito, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza y vocal del Comité Administrativo, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.
Oscar L. Goycoechea	Decano, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba.
Carlos Consigli	Vice-Decano, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba.
J. Carlos Lotti	Vice-Decano, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires.
Raúl A. Devoto	Jefe Sección Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires.
Félix Sarria Deheza	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba.
Mabel Bianco	Instructora, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires.
Samuel J. Bosch	Secretario, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, Buenos Aires, Argentina.
Jorge Segovia	Instructor, Comprehensive Care Program, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, Buenos Aires.

BOLIVIA

Julio Rodríguez Rivas	Decano, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de Cochabamba.

BRASIL

Carlos Cruz Lima	Presidente, Asociación Brasilera de Escuelas Médicas, Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Río de Janeiro.

José Roberto Ferreira	Director Ejecutivo, Asociación Brasilera de Escuelas Médicas.
Oscar Versiani Caldeira	Director, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Minas Gerais. Rua Alfredo Balena, Caixa Postal 340, Belo Horizonte, Minas Gerais.
Antonio S. Dos Santos Figueira	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Pernambuco.
Rubens Maciel	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Rua Sarmento Leito, Porto Alegre.
Roberto Santos	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Bahía, Praga 15 Noviembre, Salvador, BA.
Caio Benjamin Días	Profesor Titular, Facultad de Medicina Universidad de Minas Gerais, Rua Alfredo Balena, Caixa Postal 340, Belo Horizonte, Minas Gerais
Isaías Raw	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Sao Paulo. Av. Dr. Arnaldo, Sao Paulo, SP.
José María de Freitas	Director, Escuela Paulista de Medicina, Sao Paulo.
J. Leal Prado	Profesor Titular, Escuela Paulista de Medicina, Sao Paulo.
Otto Bier	Profesor Titular, Escuela Paulista de Medicina, Sao Paulo.
Aloisio Amancio	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Brasilia.
Agnello Collet	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Brasilia.
Alfonso Renato Meira	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Brasilia.
Magid Iunes	Colaborador, Escuela de Medicina, Universidad de Brasilia.
Jacques Houli	Profesor Titular, Escuela de Medicina y Cirugía, Río de Janeiro.
Lauro Solero	Profesor Titular, Escuela de Medicina y Cirugía, Río de Janeiro.
Joao Monteiro de Carvalho	Profesor Titular, Escuela de Medicina y Cirugía, Río de Janeiro.

Mario Barreto Correa Lima	Profesor Asistente, Escuela de Medicina y Cirugía, Río de Janeiro.
Hiss Martins Ferreira	Director, Escuela de Medicina, Universidad Fluminense, Rua Visconde de Morais, 107, Niteroi, RJ.
Alvaro Serra de Castro	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal Fluminense.
José Hilario o Silva	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal Fluminense.
Francisco Ludovico D. Almeida	Director, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Goias, Caixa Postal 9, Goiania, GO.
Anchises Márques de Faria	Director, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Paraná, Praca Santos Andrade, Curitiba, PR.
Orlando de Oliveira Mello	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Paraná.
Mario Braga de Abreu	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Paraná.
Eduardo Z. Faraco	Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad Federal do Río Grande do Sul, Rua Sermento Leito, Porto Alegre, RES.
Mario Chaves	OPS/OMS, Brasil, Caixa Postal 159, Río de Janeiro.
Ernani Braga	Director Ejecutivo, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Caixa Postal 26-GZ-39, Río de Janeiro.
José Rometo Teruel	Asistente de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, B.A.

CANADA

J. Jacques Lussier	Dean, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Ottawa 2, Ont. Canada, y Vocal Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.
Wendell MacLeod	Executive Secretary, Association of Canadian Medical Colleges, Ottawa 4, Ont.
John Hamilton	Dean of Medicine, University of Toronto, Toronto, 5.

John F. McCreary	President, Association of Canadian Medical Colleges and Dean, Faculty of Medicine, University of British Columbia. 75 Albert Street, Ottawa 4, Ontario.
Roland Christie	Dean, Faculty of Medicine, McGill University, Montreal.
B. G. B. Layton	Principal Medical Officer, International Health, Department of National Health and Welfare, Brooke Claxton, Ottawa 3.
Per G. Stensland	Profesor of Education, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.

COLOMBIA

Benjamin Mejía Calad	Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, y Vicepresidente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
Gonzalo Calle	Director de Graduados, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
Víctor Cárdenas Jaramillo	Sub-Director de Graduados, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
William Rojas Montoya	Jefe, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia..
Jorge Emilio Restrepo	Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
Guillermo Restrepo	Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
Fernando Arias Aguirre	Jefe, Departamento Bioquímica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
Ignacio Vélez Escobar	Jefe de Programas de Desarrollo, Universidad de Antioquia.
Abel Dueñas Padrón	Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.
Luis Seba Obregón	Director Educación Graduada, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.
Francisco Obregón Jaraba	Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.
Olegario Barboza Avendaño	Jefe, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.

Carlos Cruz Echeverría	Jefe, Departamento de Morfología, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.
Hernando Taylor Henriquez	Profesor de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena.
Ernesto Gutiérrez Arango	Rector, Universidad de Caldas, Manizales, y Presidente Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
Enrique Mejía Ruiz	Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Caldas.
Javier Castaño Naranjo	Vice-Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Caldas.
Bernardo Botero Peláez	Jefe, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Caldas.
Ferry Aranzazu	Jefe, Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Caldas.
Jaime López Ruiz	Decano, Facultad de Medicina, Universidad del Cauca, Popayán.
Antonio José Illera R.	Jefe, Departamento de Morfología, Facultad de Medicina, Universidad del Cauca.
Flavio Granados	Profesor Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad del Cauca.
Fabio Bohórquez Tascón	Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad del Cauca.
Humberto Janer Ruiz	Decano, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá.
Jorge Villarreal Mejía	Decano Auxiliar, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Jaime Baquero Angel	Jefe, Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Eduardo Vallejo Mejía	Jefe, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Augusto Buendía Ferro	Director Hospital Universitario San Ignacio, Universidad Javeriana.
Alberto Escallón	Jefe, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Eduardo Angel G.	Jefe, Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.

Gabriel Ortega Lafourie	Jefe, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Jorge Sarmiento Munévar	Jefe, Departamento Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Hernando Sarasti Obregón	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Victor Rodríguez R.	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Guillermo Umaña Montoya	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
Mario Hurtado	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana.
José Félix Patiño R.	Rector, Universidad Nacional de Colombia.
Rafael Casas Morales	Decano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Luis G. Forero Nougués	Vice-Decano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Eduardo Cáceres Alvarez	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Juan Jacobo Muñoz	Profesor Clínica Quirúrgica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Silvio Gómez	Jefe Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Javier López Llano	Director Educación Graduada, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Liborio Sánchez Abella	Profesor Asistente Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Bernardo Reyes Leal	Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Jorge Pardo Ruiz	Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Jorge Archila	Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Ernesto Plata Rueda	Jefe Departamento Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Alvaro Socarrás	Secretario General, Asociación de Médicos Residentes Universitarios, Hospital San Juan de Dios, Bogotá.
Jorge Velosa Ruiz	Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Alvaro Cruz Losada	Jefe Sección Odontología Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Myriam Ovalle Bernal	Decano, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.
Gabriel Velásquez Palau	Decano, Facultad de Medicina, Universidad del Valle y Vice-Presidente, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.
Alex Cobo	Decano Asociado, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali.
Adolfo Vélez Gil	Dirección Educación Graduada, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Carlos Serrano	Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Jorge Araújo Grau	Profesor Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Jorge Escobar Soto	Director Científico, Hospital Universitario, del Valle-Cali.
Ramiro Delgado García	Jefe, Departamento de Morfología, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Jaime Arango	Auxiliar de Cátedra, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Gildardo Agudelo Gil	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Lupi Sergio Mendoza	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Vicente Rojo Fernández	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
Edgar Muñoz	Jefe, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad del Valle-Cali.
Hernando Groot	Vice-Rector y Decano de Artes y Ciencias, Universidad de Los Andes, Bogotá.
Martín Vásquez Vigo	Jefe, Misión de la Organización Mundial de la Salud en Colombia.
Carlos Cuervo Trujillo	Rector, Universidad del Tolima, Ibagué.

Guillermo Fergusson	Decano, Facultad de Medicina, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá.
Laurentino Muñoz	Profesor, Universidad de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá.
Alfonso Mejía Vanegas	Jefe, Oficina de Adiestramiento y Formación de Personal, Ministerio de Salud Pública, Bogotá.
Bernardo Montes Duque	Decano de Estudios, Escuela de Graduados, Hospital Militar Central, Bogotá.
Alfonso Ramírez Gutiérrez	Director, Hospital Militar Central, Bogotá.
Lotti Wiesner Vanegas	Directora, Escuelas de Enfermeras, Cruz Roja Colombiana.
Rafael Peralta Cayon	Presidente Federación Médica Colombiana.
Arturo Campo Posada	Federación Médica Colombiana.
Fernando Schoonewolff	Federación Médica Colombiana.
Rozo Alfredo Cala	Coordinador Proyecto Facultad de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.
Antonio J. Escobar	Director, Dirección Comercio y Servicios SENA.
Jorge Bernal Tirado	Director Científico, Clínica de la Caja Nacional de Previsión, Bogotá.
Enrique Echeverri G.	Federación Odontológica de Colombia.
Antonio Ordóñez Plaja	Ministro de Salud Pública de Colombia.
Roberto Acosta Barreto	Director, Ministerio de Salud Pública.
Antonio Hernández Prada	Jefe de Planeación y Economía Médica, Ministerio de Salud Pública.
Fernando Suescún Caicedo	Jefe de Atención Médica, Ministerio de Salud Pública.

COSTA RICA

Alvaro Fonseca Solórzano	Profesor Titular, Universidad de Costa Rica.
Rodrigo Gutiérrez Sáenz	Vice-Decano, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

CHILE

Amador Neghme	Presidente, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, Casilla Postal 9183, Santiago.

Guillermo Adriasola	Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago.
Hugo Behm	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago.
Alfredo Donoso	Profesor, Director Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
Luis Figueroa Geisse	Profesor Titular, Sub-Director Escuela de Graduados Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
Sergio Lecannelier	Profesor Auxiliar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
Eduardo Skewes	Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
Juan de Dios Vial	Decano, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago.
Ignacio González	Rector, Universidad de Concepción, y Presidente de la Unión de Universidades de América Latina.
Adela Berdichewsky	Jefe, Departamento de Sociología Médica, Escuela de Salubridad, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
Rolando Merino	Profesor Asistente, Departamento de Medicina Preventiva y Social, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
Juan Zamorano	Instructor en Epidemiología, Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

FRANCIA

André Lemaire	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de París, C.H.U. Saint Antoine 27, rue Chaligny, París.

ECUADOR

Alberto Alvarado Cobos	Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Cuenca, y Presidente Asociación Ecuatoriana de Escuelas Médicas.
Leonardo Cornejo	Decano, Facultad de Medicina, Universidad Central de Quito.
Augusto Bonilla	Vocal, Consejo Directivo, Facultad de Medicina, Universidad Central de Quito.

Carlos Zunino	Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil.
Efrén Jurado	Profesor Delegado, Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil.
José Rumbrea Guzmán	Delegado Estudiantil, Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil.
Rómulo Minchala	Delegado Estudiantil, Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil.
Vicente Habze	Delegado Estudiantil, Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil.
Alfonso Espinel	Delegado Estudiantil, Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil.
Italo Colomarco	Delegado Estudiantil, Facultad de Medicina, Universidad de Guayaquil

EL SALVADOR

Juan José Fernández	Decano, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador.
Enrique Muyshondt	Secretario y Profesor Asistente, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador.

ESPAÑA

Antonio Trías	Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona.

ESTADOS UNIDOS

Robert C. Berson	Executive Director, Association of American Medical Colleges, 1501 New Hampshire Avenue, Washington.
John A. D. Cooper	Dean of Sciences, Northwestern University, 619 Clak Street, Evanston, Illinois.
Henry Van Zile Hyde	Director, Division of International Medical Education, Association of American Medical Colleges, 2530 Ridge Avenue, Evanston, Illinois.
Gerald B. Spurr, Ph. D.	Professor of Physiology, University of Tennessee College of Medicine, 62 S. Dunlap Memphis, Tenn.
Horace N. Marvin	Associate Dean, Professor and Chairman, Department of Anatomy, University of Arkansas School of Medicine, Medical Center, Little Rock, Arkansas.

Douglas M. Surgenor	Dean, School of Medicine, State University of N. Y. Buffalo 156 Capen Hall, Buffalo, New York.
Frank P. Paloucek	Academic, School of Medicine, State University of N. Y. at Buffalo. 156 Capen Hall, Buffalo, New York.
Richard W. Egan	Academic, School of Medicine, State University of N. Y. at Buffalo. 156 Capen Hall, Buffalo, New York.
Hayden C. Nicholson	Dean, School of Medicine, University of Miami - 1475 N. W. 12 avenue, Miami, Florida.
Rafael A. Peñalver	Associate Professor, Director Post-Graduate Courses School of Medicine, University of Miami. 1475 N. W. 12 Avenue Miami, Florida.
Russell C. Mills	Associate Dean, University of Kansas Medical Center, Kansas City.
Charles E. Lewis	Chairman, Department of Preventive Medicine, University of Kansas Medical Center, Kansas City.
J. Frederick Eagle, Jr.	Associate Professor of Pediatrics, Assistant Dean, Faculty of Medicine, Columbia University 630 West 168th Street, New York, N.Y.
Harold Hinman E.	Head, Department of Preventive Medicine, Jefferson Medical College. Philadelphia.
John Z. Bowers	President, Josiah Macy Jr. Foundation, 16 West 46th Street New York, N. Y.
Quigg Newton	Executive Director, Commonwealth Fund, 1 East 75 th St. New York, N. Y.
Virgil C. Scott	Associate Director, Medical and Natural Sciences. The Rockefeller Foundation, 111 West 50th Street. New York, N. Y.
Malcom H. Merrill	Director, Health Service, Agency for International Development, Washington D.C.
Clifford A. Pease	Assistant Director, Population Council Inc. 230 Park Avenue, New York, N. Y.
Archie Golden	People to people Health Foundation, Washington, D. C.
Alexander Robertson	Executive Director Milbank Memorial Fund 40 Wall Street, New York 10005.

Juan A. Inclán	Personal Assistant to the Executive Director, Milbank Memorial Fund.
Robin F. Badgley, Ph. D.	Senior Member, Technical Staff, Milbank Memorial Fund.
Richard V. Kasius. M., Ph.	Member, Technical Staff, Milbank Memorial Fund.
Myrna E. Frank. M. A.	Member, Technical Staff, Milbank Memorial Fund.
Marjorie E. Schulte, B. A.	Research Assistant, Milbank Memorial Fund.
Lowel S. Levin	Associate Professor, Department of Epidemiology and Public Health. Yale University, New Haven, Connecticut.
David J. Jones	Assistant Professor of Community Health and Medical Practice, School of Medicine, University of Missouri. Columbia, Missouri.
Howard B. Kaplan	Associate Professor of Sociology, Department of Psychiatry, Baylor University College of Medicine, Houston, Texas.
Edward B. Perrin	Associate Professor of Preventive Medicine, University of Washington, Seattle, Washington.
Victor W. Sidel	Associate in Preventive Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.
Eugene Vayda	Senior Clinical Instructor of Medicine and Preventive Medicine, Department of Medicine and Preventive Medicine, Western Reserve University, Cleveland, Ohio.
James G. Zimmer	Senior Instructor in Preventive Medicine and Community Health in Medicine, University of Rochester, Rochester, New York.

GUATEMALA

Julio de León	Decano, Facultad de Medicina, Universidad San Carlos, 7ª Av. 14-12 Zona I.
Rolando Luna	Coordinador Comisión de Curriculum, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos, 7 Av. 14-12 Zona I.
Federico G. Arthes S.	Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos, 7ª Av. 14-12 Zona I.

HONDURAS

Francisco R. Alvarado Salgado	Jefe Departamento de Ciencias, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Honduras, Colonia Alameda 7ª Av. Tegucigalpa.

JAMAICA

Harry Annamunthodo	Vice Dean, Faculty of Medicine, University of West Indies, Kingston.
Karl A. Smith	Honorary Lecturer, Department of Social and Preventive Medicine, University of the West Indies, Kingston.

MEXICO

José P. Gama Carpio	Presidente, Asociación Mexicana de Facultades (Escuelas) de Medicina y Director Escuela de Medicina, Universidad de Guanajuato, León, Guanajuato.
Ignacio Alcaráz del Río	Vice-Presidente, Asociación Mexicana de Facultades (Escuelas) de Medicina y Decano Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara.
Miguel Barrios	Secretario Ejecutivo, Asociación Mexicana de Facultades de Medicina. Av. V. Carranza Nº 24-05, San Luis de Potosí S.L.P.
Carlos Campillo Saiz	Director, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, México 20, D.F.
Pedro Ramos	Secretario General, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad Universitaria, México 20, D.F.
Jesús Delgado Pacheco	Asociación Mexicana de Facultades (Escuelas) de Medicina. Av. V. Carranza Nº 24-05, San Luis de Potosí.
Carlos Escudero Sequeyro	Jefe Departamento, Facultad de Medicina, Universidad de Guanajuato, León, Ciudad León.
Jaime Fuentes Santoyo	Sub-Director, Escuela de Medicina, Universidad de Guanajuato, Ciudad León.
Edgar Arvea	Director Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Puebla. 6 Poniente 507, Puebla.

José González Quijano	Profesor Escuela de Medicina, Universidad de Monterrey, Monterrey, Nuevo León.
Luis E. Todd	Profesor Escuela de Medicina, Universidad de Monterrey, Monterrey, Nuevo León.
José Miguel Torre	Decano Facultad de Medicina de San Luis Potosí y Vocal, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.
Tomás Ordóñez	Decano Facultad de Medicina, Universidad de Chihuahua.
Mario Pérez Ramírez	Decano Facultad de Medicina, Universidad Benito Juárez de Oaxaca. Matamoros Nº 22, Oaxaca.
Joaquín Ramos Santos	Director Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara. Sacofajo 526 T. 36118 Guadalajara.
Librado Trujillo	Decano Escuela de Medicina "Miguel Alemán". Universidad de Veracruz. Altamira Nº 70 Veracrûz.
José Manuel Alvarez-Manilla	Profesor de Sociología Médica y Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D. F.

PANAMA

Julio Armando Lavergne	Profesor Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Universidad de Panamá.

PERU

Jorge de Vinatea C.	Decano Facultad de Medicina, Universidad La Libertad, Trujillo y Presidente Asociación Peruana de Facultades de Medicina.
Luis Angel Ugarte	Director Ejecutivo, Asociación Peruana de Facultades de Medicina. Reducto L. 354 Miraflores, Lima.
Alberto Hurtado	Decano Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano de Heredia, Lima.
Carlos Monge	Profesor Clínica Médica, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
José Galvis Brando	Profesor Estadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Leopoldo Chiappo	Profesor Principal, Director Facultad de Ciencias y Humanidades, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Félix Náquira Vildoso	Decano Facultad de Medicina, Universidad de Arequipa.
Aníbal Casavilca	Decano Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de ICA, Apartado 181, Ica.
Walter Torres Zeballos	Residente de Salud Pública, Universidad de Trujillo.
Donald Weaver	Programa Hope, Asesor en Administración Hospitalaria, Trujillo.

PARAGUAY

Alfredo Ayala Haedo	Decano Facultad de Medicina, Universidad de Asunción.
Roberto F. Olmedo	Profesor Facultad y Delegado ante el Consejo Superior Universitario, Universidad de Asunción.
Oliver R. Hunt	Consultor en Educación Médica, Universidad de Asunción.
Nicolás E. Breuer	Consultor Asistente en Educación Médica, Universidad de Asunción.

PUERTO RICO

José Sifontes	Decano Facultad de Medicina, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, P.R.

REPUBLICA DOMINICANA

Félix E. Díaz Martínez	Director Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Santo Domingo.

URUGUAY

Julio C. Viola Peluffo	Profesor Adjunto, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo.
Raúl González Puig	Profesor Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo.
Antonio Páez Baccino	Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo.

VENEZUELA

Daniel Orellana	Secretario Ejecutivo, Asociación Venezolana de Facultades de Medicina y Jefe Oficina de Salud Pública Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas.
Aníbal José Núñez Antonetti	Secretario Permanente, Consejo Nacional de Universidades, Ministerio de Educación, Caracas.
Jorge Andrade	Director, Facultad de Medicina, Universidad Central de Caracas, Ciudad Universitaria.
Alfredo González-Navas	Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina Universidad Central, Ciudad Universitaria.
Manuel M. Lander	Miembro Junta Directiva, Asociación Venezolana de Facultades de Medicina.
Enrique Molina	Decano Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, y Presidente de la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina.
Alberto Medina Acosta	Director de la Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo.
Luis Soto Pirela	Jefe Cátedra de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo.
Humberto Fernández Auvert	Director Cursos Post-Graduados, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo.
Oswaldo García A.	Jefe Cátedra de Medicina I, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo.
Alfonso Marcucci	Profesor Cátedra Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo.
Hugo Sánchez Medina	Director, Escuela de Medicina, Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar.
Luis Delfín Ponce Ducharme	Presidente Sub-Comisión de Medicina, Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar.
Héctor Campos	Profesor de Farmacología, Escuela de Medicina, Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar.
Miguel Angel Patetta	Profesor Jefe Cátedras de Fisiología y Biofísica, Facultad de Medicina, Universidad de Carabobo, Valencia.
Eleázar Lara Pantin	Director Encargado Facultad de Medicina, Universidad de Carabobo, Valencia.

Francisco Moncada Reyes	Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida.
Mario Spinetti Berti	Jefe Departamento Ciencias Funcionales, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida.
Lorenzo Vivas	Director, Curso Experimental de Estudios Superiores, Centro Experimental, Barquisimeto.

CAPITULO I

INTRODUCCION

En la ciudad de Bogotá, Colombia, se efectuó, durante los días comprendidos entre el 22 y el 27 de Agosto de 1966, la Primera Conferencia General de Educación Médica de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Antecedentes y Organización.

Durante la IV Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, reunida en la ciudad de Poços do Caldas, Brasil, en Agosto de 1964, se creó oficialmente la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, y simultáneamente se reunió por primera vez el Consejo de la misma y se eligió en propiedad su Comité Administrativo.

De acuerdo con lo resuelto por el Consejo de la Federación en aquella oportunidad, se determinó que la Conferencia General de Educación Médica de la Federación tuviera lugar en la ciudad de Bogotá, Colombia, en el mes de agosto de 1966 y se delegó a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina la responsabilidad de organizarla.

Durante 18 meses las directivas de la Asociación Colombiana, bajo la presidencia del Doctor Gabriel Velásquez Palau, trabajaron activamente en la preparación de la Conferencia. Dentro de las actividades realizadas se procedió a recopilar una serie de documentos informativos que fueron distribuídos en todas las Escuelas Médicas del Continente Americano, incluyendo las determinaciones tomadas en las Conferencias de Facultades Latinoamericanas de Medicina realizadas hasta el momento.

El Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina designó a dos de sus miembros, los doctores Benjamín Mejía Calad, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en Medellín, y Abel R. Dueñas Padrón, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, para que, antes de la reunión de la Conferencia, realizaran una gira por los países Latinoamericanos con el fín de informar ampliamente a los Decanos, Directores y Profesores de Escuelas de Medicina, sobre la importancia de la Conferencia y la necesidad de que el mayor número de Escuelas estuvieran representadas en la misma.

Con la asesoría del Señor Presidente de la Federación, Profesor Amador Neghme, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y del Director Ejecutivo de la Federación, Doctor Ernani Braga, se realizaron en Bogotá varias reuniones tendientes a elaborar el programa definitivo y los detalles relacionados con la organización de la Conferencia.

Se logró, entonces, informar ampliamente a los Educadores Médicos del Continente sobre los planes de organización de la Conferencia y se creó así un ambiente propicio para el intercambio de ideas y experiencias, con base en discusión en pequeños grupos de trabajo, donde todos los participantes tuvieron oportunidad de expresar ampliamente sus conceptos sobre los temas mencionados.

TEMARIO DE LA CONFERENCIA

De acuerdo con la decisión tomada por el Consejo de la Federación en su primera reunión, se escogió como temario general de la Conferencia el de "Educación Médica, Factor en el Desarrollo Económico y Social".

Este tema fue escogido teniendo en cuenta la preocupación existente entre los educadores médicos por considerar a la Educación Médica como un valioso instrumento en el desarrollo social y económico, particularmente en aquellos países insuficientemente desarrollados y como una preparación Continental para la III Conferencia Mundial de Educación Médica, que tendría lugar en Nueva Delhi, India, en Noviembre de 1966.

Con el fin de lograr una adecuada preparación de los cuestionarios que habrían de servir de base a las discusiones, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina determinó, así mismo, que su V Asamblea General, reunida en Marzo de 1966, discutiera el mismo tema, lo cual hizo posible elaborar un cuestionario guía y una metodología de trabajo que tuviera un mínimo de dificultades para los debates.

Durante la Conferencia se programaron, así mismo, las siguientes Conferencias que fueron brillantemente presentadas por distinguidos visitantes, seleccionados por la Comisión Organizadora, el Presidente y el Director Ejecutivo de la Federación:

1º Introducción al tema "Educación Médica, factor en el desarrollo económico y social", por el Profesor Dr. Guillermo Adriasola, de Chile.

2º "Planificación de Salud", por el Profesor Dr. Hugo Behn Rosas, de Chile.

3º "La Misión de la Universidad en el Desarrollo. Asuntos estudiantiles", por el Profesor Dr. Leopoldo Chiapo, del Perú.

Se programaron además dos Mesas Redondas, así:

1º "Estudios Básicos Generales en la Educación Médica". En ella participaron como moderador el Profesor Oscar Versiani Caldeira, del Brasil, y como miembros de la Mesa los doctores John A. D. Cooper de Estados Unidos, Alvaro Fonseca de Costa Rica, Hernando Groot de Colombia y Eduardo Skewes de Chile.

2º "Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Sus objetivos generales y su Organización", en ella actuó cocomo moderador el doctor José Félix Patiño de Colombia, y participaron en la Mesa los doctores Ernani Braga, Director ejecutivo de la Federación, Robert C. Berson de la Asociación de Colegios Médicos Americanos, Wendell MacLeod de la Asociación Canadiense de Escuelas Médicas, Daniel Orellana de Venezuela, Miguel R. Barrios de México, Oscar L. de Goycochea de Argentina y Félix Náquira del Perú.

Participantes.

Participaron oficialmente en la Conferencia 156 profesores y 66 Decanos y Directores, representantes de 65 Facultades y Escuelas de todo el Continente. No respondieron a la invitación respectiva, y por lo tanto se privaron de asistir, representantes de las Facultades de Medicina de Cuba y Surinam. Todos los demás países Americanos enviaron sus delegados.

Un seleccionado grupo de 45 observadores e invitados especiales de Organizaciones Internacionales y Nacionales, vinculadas a la Educación Médica, concurrió a la Conferencia. Cabe mencionar entre las Instituciones participantes a la Organización Panamericana de la Salud, la Unión de Universidades de América Latina, la Milbank Memorial Fund de New York, la Fundación Rockefeller, la Fundación para la Salud de Pueblo a Pueblo y la Fundación Josiah Macy Jr. de New York.

Método de trabajo.

Con anterioridad a la reunión de la Conferencia, la Comisión Organizadora elaboró un Reglamento de Trabajo que fue profusamente repartido a las Facultades y Escuelas de Medicina. Diariamente se distribuyeron a los participantes documentos relativos a la marcha de la conferencia y una relación de las sesiones plenarias que tenían lugar en las primeras horas de la mañana durante los días de la reunión. Posteriormente las deliberaciones se llevaron a cabo, fundamentalmente, con base en grupos de trabajo que fueron conducidos por un presidente y un relator, elegidos por los miembros del grupo respectivo y que contaron con la colaboración de un coordinador previamente elegido por la Comisión Organizadora. La labor realizada por dichos dignatarios merece destacarse por cuanto hicieron posible el que, al terminar la Conferencia, los participantes pudieran tener en su poder documentos mimeografiados de las discusiones y deliberaciones e informes de la Conferencia.

La Organización Administrativa estuvo a cargo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, que nombró como Secretario General de la Conferencia al doctor Alberto Vejarano Laverde y como relator General al doctor Luis Guillermo Forero Nougués, Decano Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Durante las sesiones plenarias se contó con un servicio de traducción simultánea y algunos documentos fueron preparados en inglés y en español.

Programa Social y Turístico.

Tanto para los delegados como para sus familiares, la Comisión Organizadora de la Conferencia organizó un programa social y turístico en el cual se incluyeron visitas a la Catedral Subterránea de Sal, en la vecina población de Zipaquirá, un almuerzo ofrecido por la Universidad Nacional de Colombia, un coctel de bienvenida ofrecido por el Señor Alcalde Mayor de la ciudad de Bogotá y visitas al Museo de Oro del Banco de la República de Colombia.

Sesión Inaugural de la Conferencia.

La Sesión Inaugural de la Conferencia tuvo lugar el lunes 22 de Agosto en el Teatro Colón de Bogotá y durante ella llevaron la palabra el Excelentísimo Señor Presidente de la República, Doctor Carlos Lleras Restrepo, el Señor Ministro de Salud Pública de Colombia, doctor Antonio Ordóñez Plaja, el Director de la Organización Panamericana de la Salud, doctor Abraham Horwitz y el Presidente de la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina, doctor Amador Neghme.

Los temas tratados por tan distinguidas personalidades constituyeron un extraordinario aporte para las discusiones que a continuación se realizaron durante la Conferencia.

TEMARIO

"EDUCACION MEDICA - FACTOR EN EL DESARROLLO SOCIAL Y ECONOMICO"

Tópico I Evolución Social y Progreso Científico.

Tópico II Educación Médica y la Estructura Sanitaria Nacional.

Tópico III Organización del Curriculum Médico para atender las necesidades cambiantes de la sociedad.

Tópico IV Planeamiento de nuevos programas de Educación Médica.

REGLAMENTO

I. COMISION ORGANIZADORA

Artículo 1º La I Conferencia General de Educación Médica de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, se efectuará en Bogotá, Colombia del 22 al 27 de agosto de 1966 y será organizada por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Con este objeto la Asociación ha constituído una Comisión Organizadora, integrada por los Decanos de las Facultades de Medicina de Colombia, y profesores de las mismas, presidida por el Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Esta comisión será además asesorada por el Comité Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, integrado por el Director Ejecutivo y los Jefes de las diferentes Divisiones de la misma.

Artículo 2º La Comisión Organizadora y el Comité Ejecutivo, tendrán a su cargo la labor preparatoria de la Conferencia, su desarrollo, y una vez finalizada, la revisión, impresión y distribución de los informes, conclusiones y recomendaciones emanadas de las deliberaciones.

II. TEMARIO

Artículo 3º El Temario de la Conferencia será:

1. Tema Central para discusión: "Educación Médica Factor en el Desarrollo Económico y Social".

2. Mesas Redondas:

a) "Estudios Básicos Generales en la Enseñanza de la Medicina".

b) "Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Sus Objetivos Generales y su Organización".

3. Conferencias:

a) "Planificación en Salud".

b) "Asuntos Estudiantiles'.

III. MIEMBROS DE LA CONFERENCIA

Artículo 4º La Conferencia estará constituída por cuatro clases de miembros: a) Delegados; b) Observadores; c) Invitados Especiales y d) Funcionarios.

Artículo 5º Serán Delegados los Decanos o Directores y Profesores de las Facultades (Escuelas) de Medicina de los países del Hemisferio Occidental, debidamente acreditados como sus representantes por las Facultades (Escuelas) respectivas.

Cada Facultad o Escuela de Medicina podrá hacerse representar por cuatro (4) Delegados, incluyendo al Decano o Director, quien acreditará su calidad de tales mediante inscripción previa en formularios ad-hoc, refrendados por el Decano o Director de la Facultad o Escuela Médica correspondiente. Uno de los miembros de cada delegación tendrá el carácter de Presidente, hecho que deberá comunicarse oportunamente a la Secretaría General de la Comisión Organizadora.

Serán funciones de los Delegados: el asistir a todas las sesiones de la Conferencia, participar activamente en los trabajos de grupo, y colaborar con las co-

misiones para las cuales sean designados.

Artículo 6º Serán Observadores los representantes de Organizaciones Nacionales o Internacionales relacionadas con aspectos de Educación Médica a las cuales el Comité Administrativo de la Federación y la Comisión Organizadora estimen conveniente invitar. Podrá asistir en calidad de Observador un representante estudiantil por cada Asociación Nacional de Escuelas de Medicina o por cada Escuela Afiliada aisladamente. La Comisión Organizadora establecerá un número límite máximo de Observadores.

Artículo 7º Serán Invitados Especiales personas a quienes el Comité Administrativo de la Federación y la Comisión Organizadora inviten como asesores o consultantes en determinados temas.

Artículo 8º El Secretario General y los coordinadores y Relatores de Grupo cumplirán labores específicas, determinadas por la Comisión Organizadora y serán designados por ella.

Artículo 9º Los Delegados acreditados tendrán voz y voto en las deliberaciones durante las sesiones Plenarias. Los Observadores e Invitados Especiales no tendrán derecho a voto pero podrán participar en los debates de los grupos a petición del Presidente respectivo, y en las Asambleas Plenarias.

Los funcionarios de la Conferencia tendrán derecho a participar en las deliberaciones de los grupos y en las Asambleas Plenarias pero no tendrán derecho a voto.

IV. MESA DIRECTIVA Y ORGANIZACION ADMINISTRATIVA.

Artículo 10. Para el desarrollo de la Conferencia se nombrará una Mesa Directiva, integrada por el Presidente y Vice-Presidente, el Secretario General y un Relator General.

Artículo 11. El Presidente de la Conferencia será elegido por votación de los Delegados en la Asamblea Preparatoria. Sus funciones serán: presidir la Mesa Directiva, dirigir las sesiones plenarias y vigilar el desarrollo normal y buena marcha de la Conferencia. El Presidente podrá delegar en los Vice-Presidentes la presidencia de sesiones plenarias.

Artículo 12. Se elegirán tres Vice-Presidentes de la Conferencia, quienes representarán a las Asociaciones Nacionales de las distintas regiones del Hemisferio (1) Estados Unidos y Canadá (2) México, Centro América y área del Caribe y (3) Sur América.

Artículo 13. El Secretario General de la Comisión Organizadora actuará como Secretario General de la Conferencia y tendrá bajo su cuidado las responsabilidades de coordinación, control y administración de ella. Bajo su directa supervisión funcionará la Secretaría Administrativa.

Artículo 14. La Comisión Organizadora nombrará un Relator General, para el Tema Central de la Conferencia. Sus funciones serán las de elaboración y lectura en la sesión de clausura, del Informe Final de la Conferencia.

Artículo 15. La Dirección Administrativa de la Conferencia estará a cargo del Comité Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, quien en coordinación con el Secretario General de la Conferencia organizará y pondrá en funcionamiento los siguientes servicios:

a) Organización y mantenimiento adecuado de la Sede de la Conferencia, con locales para sesiones plenarias, reuniones de grupos y de comisiones.

b) Sección de inscripción de participantes e información general.

c) Sección de reproducciones, a cuyo cargo estará la recolección y reproducción mecanográfica y mimeográfica de la documentación de la Conferencia.

d) Sección de acomodación y transporte. Esta Sección estará encargada de la recepción de los participantes y de la organización de facilidades para sus trámites de regreso, atención de acompañantes de los Delegados, organización de servicios de café y refrescos, organización de visitas, organización de transporte de los Delegados del Aeropuerto a sus hoteles respectivos, y de los hoteles a los sitios de la reunión de la Conferencia, y regreso posterior al Aeropuerto, hasta el día siguiente de la clausura de la Conferencia.

e) Sección de Publicaciones. Esta Sección estará encargada de suministrar las informaciones a la prensa y desarrollar las campañas de publicidad necesarias para el buen éxito de la Conferencia.

V. SESIONES Y REUNIONES DE LA CONFERENCIA.

Artículo 16. Las actividades de la Conferencia se desarrollarán en Sesiones Plenarias, en reuniones de grupos de trabajo y en reuniones de Presidentes, Coordinadores y Relatores de Grupo, de acuerdo con el programa oficial.

Artículo 17. Las Sesiones Plenarias, destinadas a la introducción del temario, a la realización de las Mesas Redondas y Conferencias, y a la lectura y revisión del Informe Final, estarán integradas por la totalidad de los miembros de la Conferencia, de acuerdo con la definición que de ellos se ha hecho en el Artículo 4º del presente reglamento.

Artículo 18. Se efectuará además una Sesión Plenaria Preparatoria en la cual se procederá a la integración de las directivas de la Conferencia y otra sesión Plenaria de Clausura, presididas la primera por el Presidente de la Comisión Organizadora y la última por el Presidente de la Conferencia.

La sesión Plenaria Preparatoria será destinada al nombramiento de la Directiva de la Conferencia y a suministrar información sobre los métodos de trabajo y constitución de los grupos respectivos.

La Sesión Plenaria de Clausura estará destinada primordialmente a la lectura del Informe Final de la Conferencia.

Artículo 19. En las reuniones de Presidentes, Coordinadores y Relatores se dará lectura a los informes de grupos de cada subtema y habrá discusión consecutiva limitándose las intervenciones a un máximo de 5 minutos en cada intervención. El Presidente de la Sesión procurará que las intervenciones se concreten a aspectos de fondo del informe tratados en las deliberaciones de grupos que se hubieren omitido en la redacción de aquel, de modo que no se retrotraiga el debate a repeticiones de ideas o replanteamientos ya expuestos en los grupos. En lo referente a deficiencias en la redacción del informe se hará una simple mención de ellas, por escrito, lo cual será entregado al Relator General.

Artículo 20. El número de grupos de trabajo se determinará por la Comisión Organizadora de acuerdo con el número total de participantes en la Conferencia. La distribución de los grupos respectivos será comunicada en la sesión plenaria preparatoria.

Artículo 21. Para la organización de su trabajo cada grupo nombrará un Presidente de los debates, quien estará asesorado por un Relator de Grupo y un Coordinador.

Los delegados de cada grupo elegirán sus propios Presidentes y Relatores. Los coordinadores de grupo serán designados por la Comisión Organizadora y permanecerán en funciones durante todo el desarrollo de la Conferencia.

Artículo 22. Funciones del Presidente de Grupo:

a) Presidir las sesiones de grupo en que se discuta el tema correspondiente.

b) Estimular la participación de todos los miembros de grupo.

c) Mantener las deliberaciones dentro de los términos del tema y moderar las discusiones y las intervenciones individuales prolongadas, cuando sea necesario.

d) Procurar acuerdos, resoluciones y recomendaciones del grupo, que definan el pensamiento conjunto de los participantes sobre la materia debatida.

e) Solicitar cuando lo estime conveniente el Relator del Grupo resúmenes parciales o finales de las discusiones.

Artículo 23. Atribuciones y funciones del Relator de Grupo:

a) Tomar nota de las ideas fundamentales emanadas de las deliberaciones.

b) Resumir periódicamente el progreso de las discusiones durante el desarrollo de éstas y en especial al pasar de un subtema a otro.

c) Captar el concenso del grupo frente a materias debatidas, anotando a la vez las opiniones divergentes sin necesidad de que se sometan a votación.

d) Participar en las deliberaciones.

e) Presentar a su respectivo grupo sus notas y resúmenes escritos y la información verbal que se requiera como pre-informes y transmitirlos a la comisión general de redacción por intermedio del Relator General.

f) Participar en las comisiones mencionadas en el presente Reglamento de acuerdo con las disposiciones de la Comisión Organizadora.

Artículo 24. Funciones de los Coordinadores de Grupo:

a) Presidir la sesión de constitución del grupo respectivo y promover la elección del Presidente y Relator.

b) Informar al grupo sobre técnicas de trabajo e interpretación de las disposiciones del presente reglamento.

c) Participar en las deliberaciones en su carácter de Asesor General del grupo.

d) Colaborar en la labor del Secretario General y del Relator General desde el punto de vista técnico y de coordinación.

Artículo 25. Cada Tópico del Tema central será discutido en forma simultánea por los distintos grupos. Finalizada la discusión a nivel de los grupos, los informes respectivos serán elaborados por la Comisión relatora del grupo, los cuales serán sometidos luego al Relator General de la Conferencia, previa aprobación por el grupo respectivo.

VI. COMISIONES

Artículo 26. Para el normal desarrollo de la Conferencia se integrarán además de la Comisión Organizadora las siguientes:

Una Mesa Directiva de la Conferencia.
Una Comisión General de Redacción.
Una Comisión de redacción para cada grupo.

Artículo 27. La Mesa Directiva será presidida por el Presidente de la Conferencia y estará constituída en la forma prescrita en el Artículo 10 del presente Reglamento. Se reunirá cada vez que sea necesario y tendrá las funciones generales de dirección de la Conferencia.

El Secretario General, directamente o a través de las dependencias a su cargo, hará las comunicaciones correspondientes sobre aquellas decisiones que en una u otra forma afecten a los participantes o al desarrollo de la Conferencia previsto en el presente Reglamento.

Artículo 28. La Comisión General de Redacción estará formada por el Relator General, el Presidente de la Conferencia y el Secretario General. Asesorará a esta Comisión el Comité Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. La Comisión de Redacción podrá además solicitar la colaboración de aquellos relatores de grupo o coordinadores que considere necesario. La Comisión General de Redacción tendrá a su cargo la preparación del informe conjunto de cada tópico y del Informe Final de la Conferencia.

Artículo 29. Cada grupo contará igualmente con una Comisión de Redacción integrada por el Presidente de Grupo, quien la presidirá, el Relator y el Coordinador correspondiente.

Sus funciones serán las de redactar los informes de grupo sobre cada tópico, los cuales serán entregados al Secretario General para su reproducción y distribución.

VII — ORGANIZACION DEL TRABAJO

Artículo 30. La Comisión Organizadora escogerá un delegado quien hará la introducción del Tema central de la Conferencia, en la sesión plenaria inaugural y designará los Moderadores y participantes en las Mesas Redondas, así como los Conferencistas de los temas antes anotados.

La sesión de introducción al temario, tendrá una duración máxima de 30 minutos y en ella no habrá lugar a discusión. La introducción estará especialmente encaminada a dar una síntesis general del conocimiento actual sobre el tema y el planteamiento de los problemas existentes, sin que se formule indicación alguna sobre posibles soluciones.

Artículo 31. Una vez realizada la sesión plenaria de introducción cada grupo de trabajo discutirá simultáneamente el mismo sub-tema en las reuniones de grupo, hasta llegar a conclusiones que expresen el pensamiento del conjunto de participantes sobre la materia debatida.

En las sesiones de grupo no se tomará acta detallada de las deliberaciones ni de las opiniones individuales, sino se registrarán solamente los acuerdos, resoluciones del grupo como un todo.

Artículo 32. En los grupos de trabajo no habrá votaciones. Las conclusiones de sus debates procurarán expresar la identidad de pensamiento de cada grupo sobre el Temario. En caso de no lograr total unanimidad se deberá dejar constancia de la opinión de minoría en el informe respectivo.

Artículo 33. En las reuniones de Presidentes, Coordinadores y Relatores de los grupos se revisarán y aprobarán los informes finales de cada tópico, de acuerdo con lo dispuesto en el presente Reglamento.

CAPITULO II

NOTA HISTORICA

La historia de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina fue presentada por los doctores Amador Neghme R. y John A. D. Cooper, Presidente y Tesorero de la misma, en artículo que apareció en el Nº 2 de Febrero de 1963 del "Journal of Medical Education", de la Asociación Americana de Escuelas Médicas (AAMC). Anteriormente, en el Nº 9, de Septiembre de 1961 de aquella revista apareció un trabajo de los mismos autores sobre las Conferencias de Escuelas Médicas Latinoamericanas, en la que se hacia referencia a la Primera, realizada en Septiembre de 1957 en la ciudad de México, donde se aprobó el conjunto de conclusiones conocido como "Declaración de México sobre Educación Médica en la América Latina", que recomienda "la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades o Escuelas de Medicina y su correlación entre ellas" y a la Segunda, reunida en Montevideo en Noviembre de 1960, durante la cual no solamente se ratificaron los términos de la "Declaración de México", sino que se aprobó una resolución en el sentido de que las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina **de todos los países de América** fueran estimuladas para crear una FEDERACION PANAMERICANA DE ESCUELAS DE MEDICINA. Es pertinente mencionar que estas dos Conferencias fueron convocadas por la Unión de Universidades de América Latina.

En verdad, la idea de impulsar la creación de una organización que reuniera las Escuelas Médicas del Continente ya venía tomando cuerpo entre el profesorado de las mismas. Así, en 1951, se realizó un Congreso Panamericano de Enseñanza de la Medicina en la Universidad de San Marcos, de Lima, Perú. De la misma manera, los Seminarios sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva, realizados en 1955 y 1956 bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, en Viña del Mar, Chile, y Tehuacán, México, pusieron en evidencia el interés que existía entre los Decanos y Profesores de cerca de 80 Escuelas participantes, por organizar una Asociación Panamericana de Enseñanza Médica. Después de esas reuniones los participantes firmaron una carta fundamental, pero la iniciativa no recibió suficiente apoyo para desarrollarse en forma inmediata y su realización sufrió un aplazamiento.

Solamente en 1960, casi dos años y medio después de la Primera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas y pocos meses antes de la Segunda fue cuando, al regresar de una reunión que la Asociación Médica Panamericana realizó en mayo de aquel año en la ciudad de México, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Dr. Luis Munist, tuvo la iniciativa de escribir al Director Ejecutivo de la Asociación Americana de Escuelas Médicas (AAMC), Dr. Ward Darley, para sugerirle que se organizara una Asociación Panamericana de Facultades de Medicina. Esta proposición fue debatida por cerca de 20 Decanos y docentes Latinoamericanos que, especialmente invitados por la AAMC, concurrieron a su 71a. Reunión Anual, celebrada en Hollywood Beach, Florida, del 31 de Octubre al 2 de Noviembre de 1960. Se

recomendó en aquella ocasión, que una delegación de la AAMC asistiera a la Segunda Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, y fueron designados para esa misión en Montevideo los doctores M. E. Lapham y John A. D. Cooper.

En Noviembre de 1961, después de dicha Conferencia, Decanos y profesores que representaban Escuelas de Medicina de la Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y Venezuela, se reunieron en Montreal, Canadá, durante la 72ª Reunión Anual de la AAMC se discutieron, en cumplimiento de las resoluciones aprobadas anteriormente, las medidas relacionadas con la formación de la nueva entidad. Estuvieron presentes a esta reunión el Director de la Organización Panamericana de la Salud, doctor Abraham Horwtiz y el Jefe de la Sección de Enseñanza Médica de dicha organización, Dr. Ramón Villarreal. Las resoluciones adoptadas por unanimidad fueron, en resumen, las siguientes:

a) Fijar el año de 1962 para la formación de la Federación, cuyo acuerdo final sería adoptado durante la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, que se celebraría durante los días comprendidos entre el 25 y el 30 de noviembre, en Viña del Mar, Chile.

b) Establecer un Comité Organizador integrado por el Dr. Hernán Alessandri, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile como Presidente, y por ocho miembros, dos de ellos designados por la AAMC, que representaran las Escuelas de los Estados Unidos y del Canadá, y los demás designados por el grupo Latinoamericano. El Comité quedó constituído de la siguiente manera: por la AAMC los doctores John A. D. Cooper y Wendell MacLeod; por las Escuelas Médicas de América Latina los doctores Antonio Orfila, de Argentina, Ceferino Vaz, de Brasil, Amador Neghme, de Chile, Gabriel Velásquez, de Colombia, José Curi, de El Salvador y José Miguel Torre, de México.

d) Encargar al Comité Organizador de preparar un proyecto para la organización y la preparación de los reglamentos de la Federación que serían sometidos a la consideración de la AAMC y de la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas.

e) Recomendar a la AAMC que enviara una Delegación a la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, con poderes para aceptar eventuales cambios en la organización del proyecto y en los reglamentos.

En Abril de 1962 el Comité Organizador se reunió en Cali, Colombia, y preparó el plan de organización de la FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA, juntamente con la proposición de sus Estatutos, para ser sometidos ambos a la Tercera Conferencia que, por mandato expreso de la anterior, debía realizarse aquel mismo año en Viña del Mar, bajo los auspicios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con la cooperación de las demás Escuelas Médicas de aquel país. Finalmente, el día 29 de Noviembre de 1962, en Sesión Plenaria realizada en el Hotel O'Higgins, en Viña del Mar, la Tercera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas dio su aprobación formal a la creación de la FEDERACION.

De conformidad con los Estatutos, un Comité Administrativo Interino, electo por la Conferencia, fue encargado de poner la Federación en funcionamiento, tomar las medidas pertinentes para la formación de sus organismos directivos y contratar un Director Ejecutivo de tiempo completo. A principios de Abril de 1963 la oficina de la Dirección Ejecutiva empezó a funcionar en la ciudad de Rio de Janeiro, Brasil y el 15 de Agosto de 1964, vísperas de la inicación de la Cuarta Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, organizada en Poços do Caldas, Brasil, por la "Asociaçao Brasileira de Escolas Médicas", se hizo la

instalación oficial del CONSEJO DE LA FEDERACION. En esa ocasión se eligió la MESA DIRECTIVA y los VOCALES que, con aquella, irían a componer el COMITE ADMINISTRATIVO permanente. Cabe mencionar que durante el período inicial de su existencia, tres fundaciones norteamericanas, la Milbank Memorial, la Rockefeller y la Kellogg, han asegurado a la Federación los recursos financieros que le han permitido ponerse en marcha y desarrollar sus primeros programas.

La composición actual del Comité Administrativo es la siguiente:

1. Mesa Directiva:

   Presidente: Dr. Amador Negme R., Chile.

   Vice-Presidente: Dr. Gabriel Velásquez Palau, Colombia.

   Tesorero: Dr. John A. C. Cooper, Estados Unidos.

2. Vocales:

   Canadá y Estados Unidos: Dr. J. J. Lussier, Canadá. América Central, México y Caribe: Dr. J. Miguel Torre, México.

   América del Sur: Dr. Juan Antonio Orfila, Argentina.

3. Director Ejecutivo:
   Dr. Ernani Braga.

La Federación ha procurado, desde su creación, actuar en perfecto entendimiento y de común acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud. Su sede en Río de Janeiro, funciona en la Oficina de la Zona V de dicho organismo internacional y con él desarrolla programas conjuntos. Recientemente, en su XVI Reunión, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, mediante el voto de los representantes de los países Miembros, resolvió "reconocer la Federación como organismo no gubernamental representativo de las facultades y escuelas de Medicina de las Américas".

La tabla siguiente muestra la distribución de las escuelas médicas del Continente, en 31 de Marzo de 1966, por países y según su afiliación:

a) **Escuelas pertenecientes a Asociaciones Nacionales afiliadas a la Federación.**

Argentina	9	
Bolivia	3	
Brasil	38	
Canadá	12	
Chile	4	
Colombia	7	
Ecuador	3	
Estados Unidos	88	
México	19	
Perú	6	
Venezuela....	7	196

b) **Escuelas, únicas en sus países, directamente afiliadas a la Federación.**

(Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, República Dominicana) 8

c) **Escuelas que aún no se han afiliado a las respectivas Asociaciones Nacionales.**

México 3

d) **Escuelas, únicas en sus países, que aún no se han afiliado a la Federación.**

(Cuba, Uruguay, Paraguay, Haití y Surinam).. 5 = 212

CARTA DE PUNTA DEL ESTE

Texto de los Títulos I y II del Documento tal como fue aprobado por la Asamblea de la Conferencia Interamericana Económica y Social, reunida en Punta del Este, República Oriental del Uruguay.

TITULO PRIMERO

OBJETIVOS DE LA ALIANZA PARA EL PROGRESO

La Alianza para el Progreso tiene como propósito aunar todas las energías de los pueblos y gobiernos de las repúblicas americanas, para realizar un gran esfuerzo cooperativo que acelere el desarrollo económico y social de los países participantes de la América Latina, a fin de alcanzar un grado máximo de bienestar con iguales oportunidades para todos, en sociedades democráticas que se adapten a sus propios deseos y necesidades.

Las repúblicas americanas por la presente carta convienen en trabajar para alcanzar las siguientes metas principales en la presente década:

1º Conseguir en los países latinoamericanos participantes, un crecimiento sustancial y sostenido del ingreso per cápita, a un ritmo que permita alcanzar en el menor tiempo posible, un nivel de ingreso capaz de asegurar un desarrollo acumulativo y suficiente para elevar en forma constante ese nivel, en relación con los de las naciones más industrializadas, reduciendo de este modo las distancias entre los niveles de vida de la América Latina y los de los países más desarrollados. Disminuír, asimismo, las diferencias del nivel de ingresos entre los países Latinoamericanos, estimulando el desarrollo más acelerado de los de menor desarrollo relativo y otorgándoles máxima prioridad en la asignación de recursos y en la cooperación internacional en general. Para evaluar el grado de desarrollo relativo se tendrá en cuenta no solo la expresión estadística del nivel medio del ingreso real o del producto bruto y per cápita, sino también los índices de mortalidad infantil y de analfabetismo y el número de calorías diarias por habitante.

Se reconoce que para alcanzar estos objetivos dentro de un plazo razonable, la tasa de crecimiento económico en cualquier país de la América Latina no debe ser inferior al 2,5% anual per cápita, y que cada país participante deberá determinar su meta de crecimiento, en consonancia con su etapa de evolución social y económica, su dotación de recursos y su capacidad para movilizar los esfuerzos nacionales para el desarrollo.

2º Poner los beneficios del progreso económico a disposición de todos los sectores económicos y sociales, mediante una distribución más equitativa del ingreso nacional, elevando con mayor rapidez los ingresos y niveles de vida de los sectores más necesitados de la población, y tratar al mismo tiempo de que los recursos dedicados a la inversión representen una posición mayor del producto nacional.

3º Lograr una diversificación equilibrada en las estructuras económicas nacionales, en lo regional y en lo funcional, y alcanzar una situación que dependa cada vez menos de las exportaciones de un reducido número de productos primarios, así como de la importación de bienes de capital, al par de conseguir estabilidad en los precios o en los ingresos provenientes de estas exportaciones.

4º Acelerar el progreso de una industrialización racional para aumentar la productividad global de la economía, utilizando plenamente la capacidad y los servicios tanto del sector privado como del público, aprovechando los recursos naturales del área y proporcionando ocupación productiva y bien remunerada a los trabajadores total o parcialmente desocupados. Dentro de este proceso de industrialización, prestar atención especial al establecimiento y desarrollo de las industrias productoras de bienes de capital.

5º Aumentar considerablemente la productividad y la producción agrícola y mejorar asimismo los servicios de almacenamiento, transporte y distribución.

6º Impulsar, dentro de las particularidades de cada país, programas de reforma agraria integral orientada a la efectiva transformación de las estructuras e injustos sistemas de tenencia y explotación de la tierra donde así se requiera, con miras a sustituír el régimen latifundista y minifundista por un sistema justo de propiedad de tal manera que, mediante el complemento del crédito oportuno y adecuado, la asistencia técnica, y la comercialización y distribución de los productos, la tierra constituya para el hombre que la trabaja base de su estabilidad económica, fundamento de su progresivo bienestar y garantía de su libertad y dignidad.

7º Eliminar el analfabetismo en los adultos del hemisferio y, para 1970, asegurar un mínimo de seis años de educación primaria a todo niño en edad escolar de la América Latina; modernizar y ampliar los medios para la enseñanza secundaria, vocacional, técnica y superior; aumentar la capacidad para la investigación pura y aplicada, y proveer el personal capacitado que requieren las sociedades en rápido desarrollo.

8º Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades.

9º Aumentar la construcción de viviendas económicas para familias de bajo nivel de ingreso, con el fin de disminuír el déficit habitacional; reemplazar con viviendas de igual clase las inadecuadas o deficientes y dotar de los servicios públicos necesarios a los centros poblados urbanos y rurales.

10. Mantener niveles de precios estables, evitando la inflación o la deflación y las consiguientes privaciones sociales y mala distribución de los recursos, teniendo siempre en cuenta la necesidad de mantener un ritmo adecuado de crecimiento económico.

11. Fortalecer los acuerdos de integración económica, con el fin de llegar, en último termino, a cumplir con la aspiración de crear un mercado común latinoamericano que amplíe y diversifique el comercio entre los países de la América Latina y contribuya de esta manera al crecimiento económico de la región.

12. Desarrollar programas cooperativos, con el fin de evitar los efectos perjudiciales de la fluctuaciones excesivas de los ingresos en divisas procedentes de exportaciones primarias, de vital importancia para el desarrollo económico y social y adoptar las medidas que sean necesarias para facilitar el acceso de las exportaciones latinoamericanas a los mercados internacionales.

TITULO SEGUNDO

DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL

CAPITULO I

Requisitos Básicos para el Desarrollo

Las Repúblicas Americanas reconocen que para alcanzar los objetivos antes expuestos se requerirán las siguientes condiciones:

1º Que se ejecuten, de acuerdo con los principios democráticos, programas nacionales de desarrollo económico y social, amplios y bien concebidos, encaminados a lograr un crecimiento autosuficiente.

2º Que tales programas se apoyen en el principio del esfuerzo propio como se estableció en el Acta de Bogotá — y del máximo empleo de los recursos nacionales tomando en consideración las circunstancias especiales de cada país.

3º Que en la elaboración y ejecución de esos programas, la mujer esté en pie de igualdad con el hombre.

4º Que los países latinoamericanos obtengan suficiente ayuda financiera del exterior, incluyendo una parte substancial en condiciones flexibles con respecto a plazos y términos de amortización y modos de utilización, para complementar la formación del capital nacional y reforzar la capacidad importadora de dichos países; y que en apoyo de programas bien concebidos, que comprendan las reformas estructurales necesarias y las medidas para movilización de recursos nacionales, ponga a disposición de los países latinoamericanos un aporte de capital de todas las fuentes exteriores, durante los próximos diez años, de por lo menos 20.000.00 millones de dólares, dando prioridad a los países de menor desarrollo relativo. La mayor parte de esa suma deberá estar constituída por fondos públicos.

5º Que las instituciones, tanto en los sectores públicos como en los privados, inclusive las organizaciones laborales, cooperativas e institucionales comerciales, industriales y financieras, sean fortalecidas y mejoradas para la creciente y eficaz utilización de los recursos nacionales; y que se lleven a cabo las reformas sociales necesarias para permitir una distribución equitativa del fruto del progreso económico y social.

CAPITULO II

Programas Nacionales de Desarrollo

1º Los países latinoamericanos participantes convienen en implantar o en fortalecer sistemas para la preparación, ejecución y revisión periódica de los programas nacionales de desarrollo económico y social compatibles con los principios, objetivos y requisitos contenidos en este documento. Los países latinoamericanos participantes deberán formular, dentro de los próximos dieciocho meses, si fuere posible, programas de desarrollo a largo plazo. Tales programas debierán abarcar, según las condiciones propias de cada país, los elementos esbozados en el apéndice.

2º Los programas nacionales de desarrollo deberán incorporar esfuerzos propios encaminados a:

a) Mejorar los recursos humanos y ampliar las oportunidades, mediante la elevación de los niveles generales de educación y salud; el perfeccionamiento y la expansión de la enseñanza técnica y la formación profesional dando relieve a la ciencia y la tecnología; la remuneración adecuada al trabajo realizado, estimulando el talento del administrador, el empresario y el asalariado; las ocupaciones más productivas para el trabajador subempleado; el establecimiento de sistemas eficientes para las relaciones de trabajo y procedimiento de consulta y colaboración entre las autoridades, las asociaciones de empleadores y las organizaciones laborales; el fomento para que se creen y expandan instituciones locales de investigación científica y aplicada, y normas más eficaces de administración pública.

b) Desarrollar más ampliamente y utilizar con mayor eficacia los recursos naturales, en particular los que en la actualidad no se explotan o se aprovechan poco, inclusive medidas para la elaboración de materias primas.

c) Robustecer la base agrícola, extendiendo los beneficios de la tierra en forma cada vez mayor a quienes la trabajan y asegurando en los países con población indígena, la integración de ésta al proceso económico, social y cultural de la sociedad moderna.

Para la realización de estos propósitos deberán adoptarse, entre otras, medidas tendientes al establecimiento o mejoramiento, según el caso de los siguientes servicios: extensión, crédito, asistencia técnica, investigación y mecanización agrícola; salud y educación; almacenamiento y distribución; cooperativas y asociaciones campesinas y programas de desarrollo comunal.

d) Movilizar y utilizar en forma eficaz, racional y justa los recursos financieros, mediante la reforma de las estructuras de los sistemas tributarios, que incluya impuestos adecuados y equitativos sobre los ingresos elevados de los bienes raíces, así como la aplicación estricta de medidas para mejorar la administración fiscal. Los programas de desarrollo deberán comprender la adaptación de las erogaciones presupuestarias a las necesidades del desarrollo, medidas que cuiden el mantenimiento de los precios estables, la creación de facilidades esenciales de crédito a tasas razonables de interés y el fomento del ahorro individual.

e) Promover las condiciones que estimulen un flujo de inversiones extranjeras que contribuyan a un aumento en los recursos de capital de los países participantes que lo requieran, mediante medidas apropiadas que incluyan la celebración de convenios con el propósito de reducir o eliminar la doble tributación.

f) Mejorar los sistemas de distribución y ventas para hacer más competitivo el mercado, neutralizando las prácticas monopolistas.

CAPITULO III

Medidas de Acción Inmediata y a Corto Plazo.

1º Reconociendo que algunos países de América Latina, a pesar de sus mejores esfuerzos, pueden necesitar ayuda financiera de emergencia, los Estados Unidos proporcionarán esta ayuda de los fondos que están establecidos o que se establezcan para estos fines. Los Estados Unidos están dispuestos a tomar acción rápida sobre las solicitudes que se refieran a situaciones existentes y deberán ser presentadas dentro de los próximos sesenta días.

2º Los países latinoamericanos participantes deberán aumentar inmediatamente los esfuerzos para acelerar su desarrollo, prestando atención especial (además de crear o reforzar sus organismos

para la programación del desarrollo a largo plazo) a los siguientes puntos:

a) Terminar los proyectos ya iniciados e iniciar aquellos para los que ya se han hecho estudios básicos, a fin de acelerar su financiamiento y ejecución.

b) Ejecutar nuevos proyectos que tengan por objeto:

I. Satisfacer necesidades económicas y sociales imperiosas y que beneficien directamente el mayor número de personas.

II. Concretar los esfuerzos en las zonas menos desarrolladas o más deprimidas en que existan problemas sociales especialmente graves en cada país.

III. Utilizar capacidades o recursos inactivos, especialmente mano de obra subempleada.

IV. Estudiar y evaluar los recursos naturales.

c) Ejecutar nuevos proyectos que tengan por objeto:

I. Satisfacer necesidades económicas y sociales imperiosas y que beneficien directamente el mayor número de personas.

II. Proveer adiestramiento acelerado obrero y campesino.

III. Mejorar las estadísticas básicas.

IV. Establecer los medios necesarios de crédito y distribución.

V. Mejorar los servicios y la administración.

Los Estados Unidos ayudarán a llevar a la práctica estas medidas a corto plazo con miras a obtener resultados concretos de la Alianza para el Progreso a la mayor brevedad posible. En relación con las medidas señaladas anteriormente, y de acuerdo con la declaración del Presidente Kennedy, los Estados Unidos suministrarán ayuda, dentro de la Alianza, incluyendo asistencia financiera para las medidas a corto plazo, por una suma superior a mil millones de dólares en el año que termina en marzo de 1962.

CAPITULO IV

Ayuda Externa para apoyar los Programas Nacionales de Desarrollo.

1º El desarrollo económico y social de la América Latina ha de requerir una gran ayuda financiera adicional, tanto pública como privada, por parte de los países exportadores de capitales, incluso los miembros del grupo de asistencia para el desarrollo y de las entidades internacionales de crédito. Las medidas que prescribe el Acta de Bogotá y las nuevas medidas que se establecen por esta Carta, están destinadas a crear la estructura dentro de la cual se otorgará esa ayuda adicional y se la utilizará eficazmente.

2º Los Estados Unidos ayudarán a los países participantes, cuyos programas de desarrollo establezcan medidas de ayuda propia y una política económica y social acordes con los principios y objetivos de esta Carta. Para complementar los esfuerzos propios de esos países, los Estados Unidos están dispuestos a destinar recursos que, junto con aquellos que se prevé obtener de otras fuentes externas, serán de una naturaleza y magnitud adecuadas para realizar los fines contemplados en esta Carta. Esa ayuda se destinará tanto a promover el progreso social como el económico y, según corresponda, tomará la forma de subvenciones o préstamos cuyos términos y condiciones sean flexibles.

Los países participantes solicitarán el apoyo de otros países exportadores de capital y de las instituciones competentes para que otorguen ayuda con el fin de lograr estos objetivos.

3º Los Estados Unidos contribuirán a financiar proyectos de asistencia técnica propuestos por un país participante o por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos destinados a:

a) La contratación de estudios específicos de inversión y el fortalecimiento de los mecanismos nacionales para la elaboración de proyectos, utilizando cuando sea pertinente, firmas especializadas en ingeniería; b) La realización, de conformidad con los acuerdos de cooperación existentes entre la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, la Comisión Económica para la América Latina y el Banco Interamericano de Desarrollo, de estudios e investigaciones en el propio lugar, incluyendo los relativos a problemas de desarrollo, la formación de organismos nacionales para la preparación de programas de desarrollo rural, salud, cooperativas, vivienda, enseñanza y formación profesional, tributación y recaudación de impuestos y c) La celebración de reuniones de expertos y funcionarios sobre desarrollo y problemas conexos.

Los Gobiernos o las organizaciones antes mencionadas solicitarán, siempre que sea apropiado, la cooperación de las Naciones Unidas y de sus organismos especializados para la realización de estas actividades.

4º Los países latinoamericanos participantes reconocen que cada uno de ellos, en distinto grado, está en condiciones de ayudar a las repúblicas hermanas, proporcionándoles ayuda técnica y financiera. Reconocen también, que se hallarán en condiciones aún mejores a medida que desarrollen sus economías. Afirman por lo tanto, su intención de ayudar a las repúblicas hermanas, de manera creciente, cuando lo permitan sus circunstancias individuales.

CAPITULO V

Organización y Procedimientos.

1º A fin de proporcionar asistencia técnica para formular los programas de desarrollo, según lo soliciten las naciones participantes, la Organización de los Estados Americanos, la Comisión Económica para América Latina y el Banco Interamericano de Desarrollo, continuarán y fortalecerán sus acuerdos de coordinación en esta materia, para tener a disposición un grupo de expertos en programación, cuyos servicios puedan utilizarse para facilitar el cumplimiento de estas Cartas. Los países participantes, asimismo, harán las gestiones para lograr que se intensifique, con igual propósito, la ayuda técnica de los organismos especializados de las Naciones Unidas.

2º El Consejo Interamericano Económico y Social, a propuesta conjunta del Secretario General de la Organización de Estados Americanos, del presidente del Banco Interamericano de Desarrollo y del Subsecretario de las Naciones Unidas, a cargo de la Comisión Económica para América Latina, designarán una nómina de nueve expertos de alto nivel, teniendo en cuenta exclusivamente su experiencia, capacidad técnica y competencia en los distintos aspectos del desarrollo económico y social. Dichos expertos podrán ser de cualquier nacionalidad, si bien en los de origen latinoamericano se procurará una adecuada distribución geográfica y estarán adscritos al Consejo Interamericano Económico y Social, gozando, no obstante, de completa autonomía en el desempeño de sus funciones y no podrán ejercer ningún otro cargo remunerado. La designación de los expertos se hará por un período de tres años, pudiendo ser renovada.

3º Cada gobierno, si así lo desea, podrá presentar su programa de desarrollo económico y social a la consideración de un Comité ad hoc que estará integrado hasta por tres miembros de la nómina de expertos a que se refiere el numeral precedente y por un número igual de expertos ajenos a dicha nómina. Los expertos que integren el comité ad hoc serán designados por el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, a solicitud del gobierno interesado y con su consentimiento.

4º El Comité estudiará el programa de desarrollo, intercambiará opiniones con el gobierno interesado respecto a posibles modificaciones y, con el consentimiento del mismo gobierno, hará conocer sus conclusiones al Banco Interamericano de Desarrollo y a otros gobiernos e instituciones que puedan estar dispuestos a otorgar ayuda financiera y técnica exterior para la ejecución del programa.

5º Al estudiar el programa de desarrollo que se le someta, el comité ad hoc examinará la compatibilidad del programa con los principios del Acta de Bogotá y los de esta Carta, para lo cual tendrá en cuenta los elementos del Apéndice.

6º La Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos proveerá el personal que, para el cumplimiento de sus tareas, necesiten los expertos a que se refieren los numerales 2 y 3 de este capítulo. Ese personal podrá ser contratado especialmente para ese fin o podrá pertenecer al personal permanente de la Organización de los Estados Americanos, de la Comisión Económica para la América Latina y del Banco Interamericano de Desarrollo, con arreglo a los actuales acuerdos de enlace entre los tres organismos. La Secretaría General de la Organización de Estados Americanos podrá gestionar acuerdos con la Secretaría de las Naciones Unidas, sus organismos especializados y los de la Organización de los Estados Americanos, para proporcionar temporalmente el personal necesario.

7º El Gobierno cuyo programa de desarrollo haya sido objeto de recomendaciones por parte del comité ad hoc en cuanto a sus necesidades de financiamiento externo, podrá someterlo a la consideración del Banco Interamericano de Desarrollo a fin de que este efectúe las gestiones necesarias para obtener dicho financiamiento externo, incluyendo la organización de consorcios de instituciones a crédito y gobiernos dispuestos a contribuír al financiamiento continuado y sistemático, a plazos adecuados, del programa. No obstante, el gobierno tendrá entera libertad para recurrir por otra vía a toda fuente de financiamiento, con el objeto de obtener, en todo o en parte, los recursos requeridos.

El Comité ad hoc no interferirá con el derecho de cada gobierno de formular sus propias metas, prioridades y reformas en sus programas nacionales de desarrollo.

Las recomendaciones del comité ad hoc serán de gran importancia para determinar la distribución de los fondos públicos de la Alianza para el Progreso que contribuyan al financiamiento externo previsto en dichos programas. Tales recomendaciones tendrán especialmente en cuenta lo expresado en el numeral 1 del Título I.

Asimismo, los gobiernos participantes harán gestiones para que tales recomendaciones sean también aceptadas como un factor de gran importancia en las decisiones que, para estos mismos efectos, tomen las instituciones interamericanas de crédito, otras agencias internacionales de crédito y gobiernos de países amigos que sean proveedoras potenciales de capital.

8º El Consejo Interamericano Económico y Social examinará todos los años los progresos logrados en la formulación, realización nacional y financiación internacional de programas de desarrollo y someterá al Consejo de la Organización de los Estados Americanos, las recomendaciones que estime pertinente.

APENDICE

Elementos de los Programas de Desarrollo Nacional.

1º El establecimiento de metas compatibles para lograr, durante el período del programa, el aumento de la capacidad de producción en la industria, agricultura, la minería, los transportes, la energía y las comunicaciones y el mejoramiento de las condiciones de vida en las zonas urbanas y rurales, incluso el progreso en materia de vivienda, educación y salud.

2º La asignación de prelaciones y la descripción de métodos para alcanzar los fines que se persiguen, incluso las medidas específicas y los proyectos principales. Los proyectos concretos de desarrollo deberán justificarse en términos de la relación entre sus costos y beneficios, inclusive su aporte a la productividad social.

3º Las medidas que se adoptarán para dirigir las operaciones del sector público y para estimular la acción privada en apoyo del programa de desarrollo.

4º El costo estimado, en moneda nacional y extranjera, de los proyectos principales y del programa de desarrollo en su conjunto año por año, durante el período que abarque el programa.

5º Los recursos nacionales, públicos y privados, que se consideran disponibles para ejecutar el programa.

6º Los efectos directos, e indirectos del programa sobre la balanza de pagos y el financiamiento externo, público y privado, que se estime necesario para ejecutar el programa.

7º Las orientaciones básicas de la política fiscal y monetaria que han de seguirse para permitir la realización del programa dentro de un sistema de estabilidad de precios.

8º El mecanismo de la administración pública, inclusive las relaciones con los gobiernos locales, organismos descentralizados y organizaciones no gubernamentales como las laborales, cooperativas y organizaciones comerciales e industriales que se utilizarán para ejecutar el programa, adaptándolo a los cambios de circunstancias y avaluando el progreso realizado.

I CONFERENCIA DE FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA

Declaración aprobada por la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina reunida bajo el patrocinio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma en México, en 1967.

I. Fundamentos y objetos de la educación médica.

1. La Educación Médica se impartirá en el ambiente de una Universidad o de cualquier otra institución que reúna los mismos ideales universitarios, con el objeto de contemplar la cultura humanística del futuro médico. Es recomendable la afiliación universitaria cuando una Escuela Médica no pertenezca a una Universidad.

2º El objetivo inmediato de la enseñanza médica es formar médicos de preparación básica integral y el objetivo mediato la formación de profesores e investigadores y el fomento de la investigación científica y de la especialización.

3º La Educación Médica tiene como fundamento el pensamiento científico y como objetivo determinar que el estudiante adquiera y desarrolle los conocimientos, habilidades, aptitudes y conciencia ética que lo capacite, como médico, para promover, preservar y restaurar la salud, considerando al individuo como persona humana en sus condiciones anímicas, biológicas y sociales.

La enseñanza debe estar orientada a la formación del carácter del futuro médico y deberá preocuparse, especialmente, de disciplinar su mente, habituándolo a razonar inductiva y deductivamente, a desarrollar su juicio crítico, creando y estimulando hábitos de estudio e ideales de servicio público que le permitan servir a la comunidad con ética y abnegación.

Asimismo, deben proporcionarse al estudiante conocimientos científicos y humanísticos necesarios para una compresión integral del hombre, en sus relaciones interhumanas y con el medio ambiente.

II. Requerimientos mínimos de una escuela de medicina.

4. Las Escuelas de Medicina deberán ofrecer las posibilidades necesarias para realizar en buenas condiciones la docencia, tanto en lo que se refiere a salas de conferencias, anfiteatros, laboratorios, bibliotecas, hospitales y centros de salud, como en lo concerniente al personal; éste deberá ser en número suficiente, de modo que las actividades de las Cátedras se desarrollen en el ambiente más favorable.

III. El curriculum.

5. El plan de estudios comprenderá tres capítulos.

a) Ciencias Básicas.

b) Clinopatología.

c) Sociología médica y medicina preventiva.

Estos tres capítulos deberán integrarse en forma de tres sistemas paralelos a lo largo de todo el Curriculum y proporcionarán:

a) El fundamento científico básico que incluye el adiestramiento en el método científico.

b) El conocimiento del hombre sano entendido en forma integral, en los aspectos físico, síquico y social.

c) El conocimiento del hombre enfermo. Se dará adiestramiento para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y una comprensión adecuada del papel de los factores ambientales, económicos, sociales, sicológicos y culturales en su génesis.

6. Se considera imprescindible la coordinación entre todas las materias del Curriculum, especialmente entre las materias básicas y las clínicas. Cada Escuela de Medicina integrará los Departamentos de enseñanza preclínica y clínica para correlacionar la enseñanza.

7. La enseñanza clínica se completará con un Internado Obligatorio de dedicación exclusiva, de duración mínima de 12 meses, que deberá efectuarse antes de la expedición del título profesional.

8. De acuerdo con las características de los distintos países es recomendable que el estudiante desarrolle trabajo de servicio social, debidamente supervisado por profesores y autoridades competentes.

9. Los exámenes no pueden ser el principal ni el único método de valoración del rendimiento y aprovechamiento de los estudiantes, el cual deberá basarse primordialmente en sus actividades individuales y colectivas en las investigaciones, en las salas de hospital y "en el terreno".

IV. El personal docente.

10. La responsabilidad del proceso docente recaerá en la Escuela y su desarrollo corresponderá a la Cátedra y/o Departamento, entendidos éstos como un equipo de Personal Docente que actúa con unidad de pensamiento y acción.

11. El Personal Docente se preparará en la enseñanza y en la investigación. En las asignaturas de Ciencias Básicas deberá tener dedicación exclusiva. En las Clínicas, el personal que realice investigación también deberá ser de dedicación exclusiva. Donde existan condiciones favorables, los Jefes de Departamentos Clínicos también deberán acogerse a la dedicación exclusiva.

12. La elección del Personal Docente, realizada por la Escuela de Medicina, estará basada en la actividad previa, científica y/o docente, del candidato.

13. Reconociendo que la investigación científica es primordial en el desarrollo educativo, para contribuír a la formación del personal docente y para el progreso de las Ciencias Médicas, las Escuelas de Medicina deberán impulsarla y facilitarla en todas sus cátedras.

V. La selección de alumnos en las escuelas de medicina.

14. La capacidad docente de una Escuela depende de sus posibilidades para impartir una enseñanza activa, objetiva, a pequeños grupos de estudiantes, de acuerdo con las modalidades específicas de cada materia, lo que facilitará el aprendizaje y la valoración del rendimiento de la labor docente.

15. Es recomendable que, según las modalidades de enseñanza de cada país, se impulsen los servicios de orientación y vocación profesionales y se fomente la mejor instrucción premédica.

Ninguna Escuela de Medicina deberá aceptar mayor número de alumnos que el previsto en su capacidad docente.

El ingreso se efectuará mediante concurso de admisión que garantice las condiciones físicas, síquicas y éticas de los aspirantes, velando, asimismo, por el grado de preparación académica necesaria para que pueda asimilar las enseñanzas en el elevado nivel de los estudios médicos.

16. Las Escuelas de Medicina deben promover, a través de sus respectivos Departamentos, la reafirmación de la vocación, evitando así las deserciones escolares y los fracasos.

17. Los estudios de Medicina requieren dedicación exclusiva.

18. Cuando las necesidades de cada país requieran un mayor número de médicos, se aconseja crear nuevas Escuelas de Medicina en vez de ampliar o reforzar las ya existentes.

VI. La enseñanza de los graduados.

19. Entre las actividades de una Facultad o Escuela de Medicina deberá estar la enseñanza de los Graduados que podrá seguir estos dos procedimientos:

a) Cursos de actualización de conocimientos, y

b) Cursos de especialización, de suficiente profundidad y duración y en régimen de residencia, reglamentados por las autoridades competentes.

Es deseable que la formación de sicoanalistas y sicólogos clínicos se realice en las Escuelas de Medicina o con su colaboración.

VII. La cooperación y el intercambio entre las escuelas de medicina latinoamericana.

20. Se recomienda promover la cooperación entre las Facultades y/o Escuelas de Medicina Latinoamericanas mediante los siguientes procedimientos:

a) Concesión de bolsas de viaje a los profesores.

b) Concesión de becas de capacitación científica y pedagógica en los laboratorios y hospitales acreditados.

c) Organización de Centros de entrenamiento científico y docente en Escuelas, Laboratorios e Instituciones altamente calificadas ya existentes en América Latina, y

d) Concesión de facilidades en las Facultades y Escuelas de Medicina que hayan alcanzado un grado de desarrollo óptimo, tanto en la docencia como en la investigación para la preparación de profesores e investigadores de otras Escuelas de Medicina que así lo soliciten.

21. La revalidación de estudios para estudiantes de Medicina que provienen de otras Facultades y Escuelas, es, en principio, indeseable, pero podrá efectuarse, en casos excepcionales, en función de equivalencias de programas y previa calificación de cada caso por autoridades competentes, teniendo a la vista los antecedentes del alumno remitidos por la Dirección de la Escuela de procedencia.

22. Es recomendable la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades o Escuelas de Medicina y su correlación entre ellas.

II CONFERENCIA DE FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA

Resolución aprobada en la sesión plenaria, realizada el 2 de Diciembre de 1960 en la Facultad de Medicina de Montevideo.

Enseñanza de las ciencias básicas

Son materias básicas aquellas disciplinas implicadas en el proceso formativo del médico y que proporcionan los fundamentos científicos necesarios para la interpretación de los fenómenos biópsicosociales en su relación con la salud.

Son objetivos de las Ciencias Básicas: proporcionar los conocimientos que les son propios y desarrollar un riguroso espíritu científico en el estudio de la Medicina.

Son consideradas disciplinas básicas:

1º Anatomía
2º Histología
3º Embriología.
4º Biofísica.
5º Bioquímica.
6º Fisiología.
7º Farmacología.
8º Microbiología e Inmunología.
9º Parasitología.
10º Patología (Anatomía patológica general - fisiopatología).
11º Psicología.
12º Fundamentos de la Medicina Preventiva.

En general, en el estudiante que egresa del ciclo medio de la enseñanza existen serias deficiencias, tanto en sus conocimientos como en su formación mental, que dificultan el aprovechamiento de la enseñanza en una Facultad de Medicina. Para mejorar esta situación de hecho se recomienda, entre otras medidas, la creación de un curso de estudios premédicos a nivel universitario.

Las materias que constituirían este curso son:

—Matemáticas
—Física.
—Química.
—Biología.
—Lenguas.

El contenido de los Programas de estas materias deberá ser establecido por las Facultades de Medicina, aun en el caso de que esta enseñanza se imparta en otros lugares.

Para una buena educación médica es imprescindible la adecuación del número de estudiantes a la capacidad docente de cada Facultad.

En aquellos casos en que el número de candidatos sobrepase la capacidad docente de las Facultades y teniendo en cuenta que en la formación de médicos es un principio reconocido no sacrificar la calidad a la cantidad, resulta un obvio deber moral la limitación estricta de estudiantes.

Cuando las necesidades de un país requieran un mayor número de médicos se aconseja no sobrepasar la capacidad docente de las facultades ya existentes,

sino crear nuevas Facultades, las que deberán contar con anterioridad a su funcionamiento con facilidades docentes reconocidas.

Se recomienda que la limitación se efectúe por rigurosa y metódica selección. Esta podrá realizarse, entre otros, por los siguientes métodos:

1º Estudio del curriculum del candidato

2º Exámenes de suficiencia (teóricos)

3º Exámenes prácticos

4º Exámenes de índole psicológica

5º Entrevista personal.

El ciclo básico deberá tener, trabajándose diez meses por año, una duración total de dos años y medio o del 50% del Curriculum, excluido el año final de internado.

La jornada del alumno deberá ser, aproximadamente de 36 horas semanales.

Resulta indispensable dar una clara primacía a la distribución del tiempo a las Ciencias Fisiológicas sobre las Morfológicas.

La proporción entre clases teóricas y trabajos prácticos habrá de adecuarse de manera que de ellos resulte una neta preeminencia de los segundos sobre las primeras.

Deberá aumentarse el número de trabajos en que el alumno intervenga en forma activa: grupos de discusión, seminarios, etc.

La enseñanza durante el Ciclo Básico deberá ser de carácter rigurosamente científico, tendiendo a desarrollar en el alumno espíritu crítico, iniciativa y método científico.

Para tal fin es deseable que durante el ciclo básico el estudiante sufra el proceso mental propio de la producción de un trabajo científico.

Deberá existir entre las distintas disciplinas una imprescindible coordinación horizontal y vertical durante todo el curriculum médico.

El personal docente de las disciplinas básicas deberá trabajar en régimen de dedicación exclusiva, simultáneamente en la docencia y en la investigación.

Es requisito indispensable que la Universidad proporcione a cada uno de los docentes en régimen de dedicación exclusiva la remuneración, el tiempo, los recursos y el personal auxiliar necesarios.

La propia naturaleza del régimen de dedicación exclusiva exige remuneraciones que permitan al docente entregarse a sus tareas sin preocupaciones de índole económica.

Se considera de importancia fundamental para la enseñanza, la utilización del mayor número posible de recursos docentes, complementarios (audiovisuales, etc). A tal fin es imprescindible que las cátedras cuenten con los medios necesarios para su adquisición, renovación y producción.

El aprendizaje debe complementarse con la utilización de textos de calidad, debiéndose evitar el texto único y, además, con la orientación del estudiante en la bibliografía referente a cada asunto. Se condena el uso de "apuntes mimeografiados".

En consecuencia, se recomienda: a) fomentar en las Facultades el desarrollo y la utilización intensiva de las Bibliotecas; b) propiciar la elaboración de textos y la creación de Editoriales Universitarias.

El control del aprendizaje de los estudiantes debe realizar en forma continuada, constituyendo así un elemento de juicio importante en la evaluación del aprovechamiento de los mismos.

Paralelamente a la evaluación del aprovechamiento académico del alumno es recomendable prestar especial interés a su formación humana.

Grados Académicos de Licenciatum, Magister y Doctor en Ciencias Básicas de la Medicina.

Es un hecho aceptado sin discusión la necesidad de intensificar la investigación científica en las Escuelas de Medicina.

Con tal fin se considera imprescindible formar investigadores, considerando que tal misión es una de las más importantes de toda Universidad moderna.

Para ello se recomienda a las Universidades Latinoamericanas la creación de las carreras de Licenciatum, Magister y Doctor en Ciencias Básicas de la Medicina. De este modo se dará un destino adecuando a numerosos estudiosos que sienten verdadera vocación por la investigación científica y no se sienten atraídos por el ejercicio profesional.

Para ingresar a estas carreras de Licenciatum, Magister y Doctor en Ciencias Básicas de la Medicina, se considera necesario cumplir con las mismas exigencias universitarias requeridas para el ingreso a cualquier Facultad de Medicina.

Los cursos de Licenciatum, Magister y Doctor en Ciencias Básicas de la Medicina deberán realizarse en las propias Facultades de Medicina. Se destaca la necesidad de recurrir a otras Facultades para completar esta enseñanza.

Los cursos de esta carrera deben reunir las siguientes condiciones fundamentales:

1º Dar una formación teórica-básica
2º Una adecuada capacitación técnica
3º Una preparación metodológica suficiente
4º La realización de un trabajo de investigación científica original y la defensa de la tesis correspondiente.

Orientación y organización de los centros de entrenamiento científico y docente para profesores e investigadores en ciencias médicas.

A) Definición. - Serán Centros Latinoamericanos de entrenamiento científico y docente para profesores e investigadores en Ciencias Médicas, aquellas instituciones (Institutos, Departamentos Cátedras, Laboratorios, Núcleos de investigadores; etc.), que hayan demostrado en forma indiscutible una notoria capacidad para la investigación científica original, la formación de investigadores y la enseñanza superior, y gocen de la independencia y libertad necesarias para el cumplimiento de sus fines.

B) Objetivos. - Los objetivos serán los siguientes:

1) Crear un ambiente favorable a la investigación científica y la enseñanza médica de cada país.

2) Producir más científicos.

3) Fomentar y ayudar a la investigación científica y el perfeccionamiento de las investigaciones.

4) Intercambiar opiniones y resultados docentes.

5) Desarrollar los conocimientos científicos y médicos.

6) Extender su acción a través de cursos de perfeccionamiento. sobre temas de su especialidad.

C) Requerimientos mínimos de estos Centros:

a) Poseerán un equipo de científicos con dedicación exclusiva a la investigación y a la docencia en el campo correspondiente al Centro.

b) Su experiencia en el campo de la investigación deberá estar fundada en una reconocida capacidad en la creación científica (trabajos en revistas de reconocido prestigio, participación en reuniones científicas, cursos de capacitación, etc).

c) Sus laboratorios deberán estar equipados con los elementos de investigación requeridos por la tecnología moderna.

d) El Centro deberá contar con recursos suficientes para sueldos, gastos de

funcionamiento y mantenimiento, ampliación y renovación de equipos. Dichos recursos serán manejados por los propios investigadores pudiendo ser controlados por los mecanismos que los distintos Centros posean.

e) Sus bibliotecas deberán tener colecciones y estar al día en cuanto a las revistas de su especialidad y publicaciones de referencia, debiendo contar con un fondo especial para la adquisición del nuevo material de acuerdo a sus necesidades, así como también como microfilm y otros, y con personal de bibliotecarios especializados.

f) Los miembros del Centro deberán colaborar con las Facultades Latinoamericanas en la enseñanza de aquellos capítulos de las ciencias médicas en que posean experiencia personal.

g) El personal técnico y administrativo de los centros, deberá ser especializado, de dedicación exclusiva y podrá ascender en su carrera, sin modificar su actividad específica ni su lugar de trabajo.

NOTA: Los centros que se consideren adecuados a la definición, los objetos y requerimientos mencionados deberán comunicarlo a la entidad coordinadora de estos centros, a los efectos que ella estime conveniente.

Disposiciones relativas a los Becarios.

a) Tipos de becarios. - El Centro recibirá como becarios fundamentalmente a jóvenes que deseen seguir la carrera investigadora-docente. Permanecerán en él por un período no menor de un año, en régimen de dedicación exclusiva. Es recomendable que el candidato haya cumplido un período de trabajo no menor de dos años en la institución de origen. Recibirá, además, investigadores docentes ya formados que deseen complementar sus conocimientos en algún aspecto particular para los cuales podrán aceptarse plazos inferiores a un año. Para el personal técnico auxiliar que desee adiestrarse en alguna técnica o método que practique el centro regirán, también, estas últimas condiciones.

b) Los becados a estos Centros deberán contar con un programa mínimo de tareas y obligaciones que se desarrollará de acuerdo a las disciplinas y marcha del laboratorio en especial. Ese programa se habrá elaborado de común acuerdo entre el Jefe de la Institución de origen, el becario y el Jefe del centro que recibe, con especial consideración a que pueda ser continuado al regreso, en la institución de origen.

c) En los casos en que sea pertinente, el Jefe del Centro deberá dar cuenta periódica a la institución de origen sobre las actividades del becario.

d) Una vez finalizado su período de entrenamiento en el Centro, el becario, de acuerdo a un compromiso contraído con la entidad que lo ha becado, deberá trabajar en la institución de origen y en el tema que motivó su beca durante un lapso de dos a tres años.

e) Las instituciones de donde procedan los becarios, asumirán el compromiso de suministrarles materias de trabajo y remuneración adecuada, a la finalización del entrenamiento y siempre que éste haya sido satisfactorio.

f) La institución que concede una beca deberá contribuír al financiamiento de los gastos que demanden los trabajos que realice el becario en el Centro.

Centro coordinador permanente

Se resuelve crear un Centro Coordinador Permanente de Facultades Latinoamericanas de Medicina y aceptar el ofrecimiento de sede, realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo.

Federación panamericana

Se recomienda "Estimular, a través de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina de todos los países de América, la creación de una Federación Panamericana de Escuelas de Medicina".

DECLARACION DE MEXICO

Considerando:

1º Que la Declaración de México fue aprobada por unanimidad, en 1967, por 52 escuelas de Médicina presentes en ella,

2º Que no ha sido suficientemente difundida y aplicada en las Escuelas de Medicina de América Latina.

3º Que en muchas Escuelas de Medicina el cumplimiento de la Declaración de de México, ha estado imposibilitado por falta de recursos económicos necesarios.

Se Acuerda:

1º Ratificar y destacar el valor de la Declaración de México.

2º Aconsejar su rápida difusión e inmediata aplicación mediante el Centro de Coordinación creado en esta II Conferencia de Montevideo.

3º Considerar que la Declaración de México es perfectible, pero sólo se justifica modificarla después de evaluar la experiencia adquirida en su aplicación.

4º Aconsejar que el Centro de Coordinación realice una encuesta en las Escuelas de Medicina, referente a los resultados obtenidos en la aplicación de los principios aprobados en la Declaración de México.

5º Aconsejar que se provean los fondos necesarios para:

a) establecer y ampliar el régimen de dedicación exclusiva en el personal docente.

b) establecer las becas necesarias para que los estudiantes capacitados puedan consagrarse exclusivamente a sus estudios.

c) Desarrollar la investigación científica,

d) crear nuevas Escuelas de Medicina cuando fuera necesarias.

III CONFERENCIA DE FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA

Se resuelve aceptar el ofrecimiento de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, de tomar a su cargo la organización de la III Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina y que ésta se realice en el año de 1962. Se aprueban los siguientes puntos para que constituyan su temario:

1º Enseñanza para graduados.

Carrera hospitalaria (internado y residencia)

2º Procedimiento de selección de alumnos para ingresar a la carrera médica.

3º Integración de la enseñanza en:

a) ciclo básico.

b) ciclo clínico.

c) especialidades.

4º Formación del profesorado.

Reglamento y retribución del full-time.

III CONFERENCIA DE FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA

26-30 Noviembre, 1962. Chile.

Síntesis de los informes conjuntos de cada tema, recomendaciones finales.

Procedimientos de selección de alumnos que ingresan a la carrera médica.

La Conferencia ratifica las Conclusiones de la Primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina que se reunió en México en 1957 y declaró que "ninguna Escuela de Medicina deberá aceptar mayor número de alumnos que el previsto por su capacidad docente", y que afirmó, que "la capacidad docente de una Escuela depende de sus posibilidades para impartir una enseñanza activa, objetiva, a pequeños grupos de estudiantes, de acuerdo con las modalidades específicas de cada materia, lo que facilitará el aprendizaje y la valoración de rendimiento de la labor docente". Igualmente, ratifica el concepto expresado en la Segunda Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina, realizada en Montevideo en 1960, que concluyó que "en aquellos casos en que el número de candidatos sobrepase la capacidad docente de las Facultades, y teniendo en cuenta que en la formación de médicos es un principio reconocido no sacrificar la calidad a la cantidad, resulta obvio deber moral la limitación estricta de estudiantes".

Dentro de los términos de esas Conclusiones, se recomienda precisar lo que se entiende por capacidad docente. En todo caso, se debe hacer una utilización máxima de los recursos de que disponen las Escuelas de Medicina, sin afectar con ello la calidad del médico que egresa.

La limitada capacidad docente de toda Escuela de Medicina no es la única razón que obliga a seleccionar a los estudiantes que ingresan a ella. La selección busca, además, llevar a la carrera médica a individuos adecuadamente motivados y con ciertas condiciones morales, intelectuales y académicas.

Para que la vocación hacia la Medicina esté mejor fundamentada, es recomendable informar a los alumnos de enseñanza secundaria acerca de las características que tienen el estudio y el ejercicio de la Medicina.

Deben realizarse todos los esfuerzos posibles para ofrecer a los aspirantes que no logran tener acceso a la carrera de su elección la oportunidad de una enseñanza superior adecuada a su orientación y capacidades.

El proceso de selección requiere una inflexible exclusión de recomendaciones y de presiones particulares, la aplicación de idéntico sistema de selección a todos los aspirantes y la ausencia de toda clase de discriminación por razones ajenas a las calidades que el proceso de selección busca.

Las Facultades de Medicina deben influir sobre los organismos correspondientes para que los estudiantes de talento y de escasas capacidades económicas tengan efectivamente acceso a la educación universitaria.

Ante las pruebas de selección no debe haber ningún criterio discriminatorio en favor o en contra de los extranjeros. Se reconoce, sin embargo, el derecho que asiste a los países y a las Universidades para fijar normas especiales en relación con extranjeros. Es indispensable que las Facultades de Medicina sean consultadas antes de suscribirse acuerdos internacionales que afecten sus sistemas de admisión, para evitar que los convenios internacionales sobre intercambio de títulos hagan nugatorios los procedimientos de selección.

Se recomienda que los métodos de selección sean dados a conocer a todos los aspirantes, que no haya ningún motivo reservado de selección o de exclusión, y que se asegure la presentación anónima de los candidatos y la máxima objetividad por parte de los examinadores y de la Comisión de Selección.

Los procedimientos y la política de selección deben ser de responsabilidad de las Facultades de Medicina. En cada una de ellas, debe haber una Comisión de Selección, con carácter estable y permanente, constituída por individuos que reconozcan la trascendental importancia de sus funciones. Será autónoma y sus fallos serán inapelables, y deberá asesorarse del personal técnico que considere necesario.

Todos los métodos de selección deben tener por lo menos las siguientes características:

1º Ser aplicables en iguales condiciones a todos los aspirantes;

2º Deben poder usarse en grandes grupos de individuos;

3º Deben poder calificarse y evaluarse con relativa rapidez;

4º Deben calificar algún factor relacionado con las cualidades que se buscan para un futuro profesional.

Se aconseja usar inicialmente pruebas de sencilla aplicación y que tengan un carácter eliminatorio, y utilizar los procedimientos más complejos sobre estudiantes preseleccionados.

Las pruebas de selección que se usan o se han recomendado son las siguientes:

1º Estimación del conjunto de los antecedentes preuniversitarios, incluyendo en ellos la información confidencial proveniente de personas que conozcan al candidato, preferentemente profesores de la etapa secundaria. Tienen una importancia proporcional a la calidad de la fuente de donde provienen.

2º Las pruebas de conocimiento son universalmente empleadas y generalmente se les reconoce un alto valor. Deben cubrir el conjunto de los conocimientos científicos y humanísticos de la etapa secundaria. Deben explorar no solo la información, sino principalmente la comprensión y la asimilación de los conocimientos adquiridos. Es indispensable que estos cuestionarios cubran una gran variedad de asuntos, para evitar las injusticias que puede introducir el azar.

3º Prueba de inteligencia y otras pruebas psicológicas. No existe suficiente experiencia sobre ellas y se estima que deben ser sometidas a investigaciones más profundas antes de poder emplearlas en la selección de estudiantes.

4º Entrevista personal. La entrevista debe dirigirse a valorar características generales de la personalidad y no inteligencia o conocimiento. Es necesario elegir y preparar cuidadosamente a los entrevistadores. Como inconvenientes, tiene la dificultad de entrevistar a un número muy grande de candidatos y la falta de objetividad en la calificación de la entrevista.

Todo estudiante que ingresa a la carrera médica debe ser sometido a un examen médico de su estado físico y mental.

Debe recurrirse a un conjunto de pruebas y de datos, cuyo detalle ha de variar de una Escuela a otra de acuerdo con características locales, ya que no hay ningún método de selección que, considerado aisladamente, merezca plena fe.

Se recomienda realizar un estudio que permita la evaluación de los procedimientos de selección. Debe tratar de determinarse cuáles son los que poseen más alto rendimiento para el fin que se persigue, que es el de admitir a las Escuelas de Medicina a quienes tengan las mejores posibilidades de ser profesionales eficientes y buenos alumnos. Igualmente se recomienda que se establezca un periódico intercambio de experiencias entre las diversas Facultades de Medicina de la América Latina.

Integración de la Enseñanza de ciclos básicos, clínicos y de especialidades.

Se recomienda promover las siguientes condiciones generales que facilitan la coordinación de la enseñanza de las diferentes materias:

1. Una conciencia entre el personal docente de las ventajas de la coordinación.

2. Una proporción adecuada de personal de dedicación exclusiva.

3. La agrupación de las materias en ciclos definidos.

4. El funcionamiento de Comités docentes en cada ciclo para favorecer la coordinación horizontal, y de un Comité general de curriculum, destinado a promover la coordinación vertical.

5. La organización de departamentos docentes.

6. La proximidad de los diversos sitios de trabajo que podría llegar hasta el establecimiento de laboratorios comunes de docencia.

7. La participación de personal docente de un ciclo de estudios en la enseñanza de otros; los seminarios en que un tema es tratado por profesores de diversas disciplinas; la realización de investigaciones con cooperación del personal perteneciente a diferentes cátedras; la designación de docentes de enlace que empleen parte de su tiempo en un departamento de ciencias básicas y parte en un departamento de ciencias clínicas; el adiestramiento del personal docente de los ciclos superiores en las materias básicas.

8. La participación de las especialidades médicas y quirúrgicas en la enseñanza de pregrado, integrada a la docencia de los respectivos departamentos de Medicina y Cirugía.

La Conferencia ratifica la Declaración de Montevideo en el sentido de que el contenido del programa de las ciencias básicas fundamentales debe ser establecido por las Facultades de Medicina, aún en el caso de que esta enseñanza se imparta en otros lugares; además recomienda que las Facultades de Medicina participen en su desarrollo y ejerzan la supervisión.

En relación con la enseñanza de la Medicina Preventiva y de su coordinación con otras disciplinas, la Conferencia ratifica lo recomendado en los Seminarios sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva realizados en Viña del Mar y Tehuacán.

La Conferencia recomienda ensayar la utilización docente del consultorio externo y de la atención domiciliaria en aquellas Facultades que dispongan de las condiciones necesarias para hacerlo.

Enseñanza de graduados, carrera hospitalaria. (Internado y Residencia). Formación de especialistas.

El internado debe estar ubicado en el curriculum de la Escuela de Medicina inmediatamente antes de la graduación, es un complemento de la enseñanza ya proporcionada por ella, y por ende, debe ser programado y supervisado por las Facultades.

Para que el Internado cumpla con sus objetivos docentes, es necesario que llene los siguientes requisitos fundamentales:

1. Que el trabajo del interno sea supervisado.

2. Que se desarrolle en régimen de jornada completa con dedicación exclusiva.

3. Que represente una participación activa en las labores propias de un hospital adecuado y previamente calificado para este fin, asumiendo responsabilidades en forma progresiva.

4. Que el trabajo permita al interno adquirir conocimiento de las relaciones entre la clínica y los servicios preventivos.

5. Que tenga una duración no inferior a doce meses.

6. Que el interno no tenga trabajo excesivo que pueda resultar en detrimento de la función educativa del internado.

7. Que sea de tipo rotatorio, entendiendo como tal aquel que comprende las cuatro clínicas básicas, es decir, medicina, cirugía, pediatría, obstetricia.

El médico general debe estar calificado para resolver problemas comunes de la práctica en Medicina Interna, Pediatría, Cirugía general y Obstetricia, poner en práctica los sistemas de prevención individual y colectiva y tener conciencia de sus limitaciones y de la necesidad de recurrir oportunamente a los especialistas.

La Residencia, considerada como el mejor procedimiento para formar especialistas, debe reunir los siguientes requisitos:

1. El hospital y el servicio donde tiene lugar deben ser calificados en cuanto a que reunan las condiciones mínimas aceptables.

2. La supervisión debe ser eficiente, lo que implica que el personal sea especialmente capacitado.

3. El programa de adiestramiento debe ser adecuado, tanto en su extensión como en su distribución.

4. El trabajo debe ser de jornada completa con dedicación exclusiva y con participación en servicios de consulta externa y urgencias.

5. Las responsabilidades asistenciales no deben interferir la función educativa del programa.

El programa de trabajo del residente debe contemplar en su aspecto instructivo un adiestramiento técnico, conocimientos avanzados de la especialidad y de las ciencias básicas y disciplinas conexas; en su aspecto educativo, una responsabilidad progresiva, una participación activa a través de su incorporación al equipo médico hospitalario, una cierta participación en la docencia y amplias oportunidades de investigación.

Para que los Cursos de Perfeccionamiento cumplan su cometido deben contener un programa de interés, ser realizados por personal calificado, los participantes deben concurrir motivados por su propio perfeccionamiento y no por otras razones, su nivel de preparación debe ser homogéneo y su número limitado, y deben participar activamente. No se deben otorgar diplomas ni certificados que tengan la apariencia de tales.

Se resuelve solicitar a los organismos internacionales competentes el otorgamiento de las facilidades que permitan a médicos latinoamericanos realizar programas de residencia en otras Escuelas de Medicina latinoamericanas, y a las Facultades realizar un activo intercambio de docentes y de personal calificado.

Formación del profesorado, reglamento y retribución del trabajo a tiempo completo con dedicación exclusiva.

El personal docente de las Facultades debe formarse mediante un trabajo ac-

tivo de investigación de enseñanza, bajo la dirección de profesores competentes y formando parte de un equipo

El ideal es que todo el personal docente de las ciencias básicas tenga un régimen de tiempo completo y dedicación exclusiva y que también haya una proporción importante de personal de esa condición en los ramos clínicos, suficientemente grande como para constituír en cada servicio un núcleo que mantenga su vida y permita que la colaboración del personal con tiempo parcial sea eficaz. La Conferencia insiste en que no debe confundirse el régimen de dedicación exclusiva, que significa una orientación total de la mente a las tareas de investigación y de enseñanza dentro de una Universidad, excluyendo cualquier actividad fuera de ella, con la mera contratación de todo el tiempo laborable.

El personal docente de dedicación exclusiva debe recibir una remuneración que le permita mantener un nivel de vida decoroso, concordante con su elevada función y no tener inquietudes de carácter económico por su situación actual o futura. A la vez, requiere de adecuados incentivos para su carrera docente y, entre ellos, la seguridad de que la orientación y dirección de la enseñanza corresponde exclusivamente a los profesores.

Cualquiera que sea el sistema que se aplique para la selección de los profesores, éste debe cuidar que los elementos de juicio se obtengan mediante un análisis prolijo de la capacidad de los candidatos como hombres de ciencia, revelada por la calidad de su trabajos y de los discípulos que haya formado, así como de las características de su personalidad.

IV CONFERENCIA DE FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA

Agosto de 1964. Brasil

Relato final del Tema I. Relator: Prof. RUBENS MACIEL.

Normas para el funcionamiento de centros de formación y perfeccionamiento científico y docente para profesores e investigadores.

La Conferencia considera indispensable incrementar de manera inmediata la formación y el perfeccionamiento de docentes e investigadores destinados a ampliar el cuadro de personal de las Facultades de Medicina existentes y a constituír el cuadro de las que lleguen a ser instituídas.

Centros de enseñanza e investigación que llenen esa finalidad, constituyen un medio altamente adecuado y eficiente de formación de personal, no solamente para el ciclo básico como también para el ciclo clínico y para la práctica y el desarrollo de la Medicina Preventiva. La utilización creciente de esos Centros, por becados de los diferentes países americanos, será otro poderoso instrumento de aproximación, solidaridad y ayuda mútua entre los pueblos del Continente y representará una importante realización de los ideales de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Los Centros de Formación y Perfeccionamiento Científico y Docente para profesores e investigadores, son instituciones vinculadas preferentemente con la Universidad o establecimientos de enseñanza superior, que tengan por finalidad especial la preparación científica, pedagógica y técnica de los docentes e investigadores en el campo de las ciencias médico-biológicas. La organización de los Centros, obedeciendo a un esquema estructural mínimo que permita el empleo de criterios de valoración comunes, debe tener la flexibilidad necesaria para llenar las características específicas del entrenamiento que proporcionan y adaptarse a las transformaciones impuestas por la evolución de los conocimientos científicos.

A solicitud de la Asociación del país correspondiente, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina podrá otorgar a esos Centros un reconocimiento formal.

Como las características de los Centros y de las entidades de enseñanza de post-graduados coinciden necesariamente, el reconocimiento de estas entidades como Centros de formación, tal como se definen en este documento, dependerá de un examen en cada caso.

La Conferencia considera la alta calidad de los recursos humanos con que

cuentan los Centros, como requisito fundamental para la consecución de sus propósitos. Considera, por lo tanto, necesario que los docentes e investigadores integrantes de los Centros:

a) Tengan idoneidad moral y científica reconocida.

b) Posean aptitud para formar alumnos de alto nivel.

c) Sean en número suficiente, para realizar eficientemente las tareas de investigación y enseñanza.

d) Trabajen, si es posible en su totalidad, en régimen de dedicación exclusiva.

e) Reciban sueldos correspondientes a su capacidad, proporcionales a las ofertas de la demanda.

Algunos grupos consideran indispensable que todos los docentes e investigadores de un Centro trabajen bajo régimen de dedicación exclusiva. Hay acuerdo general en que el Director o su equivalente debe estar sometido a ese sistema.

Los centros deben disponer de las facilidades locativas y equipos adecuados al desempeño de sus funciones. Los recursos financieros deben ser tales que permitan y aseguren la planificación y la realización de programas de largo plazo, estabilidad y seguridad en la política de personal y condiciones favorables de manutención y desarrollo. Como parte integrante de cualquier Centro, debe existir una biblioteca bien provista de obras de referencia y de las principales revistas y otras publicaciones periódicas de la especialidad. Sería muy conveniente que el Centro posea equipos para reproducción de textos y preparación de ilustraciones y material de demostración.

Para estimular la presentación de buenos candidatos al entrenamiento ofrecido, se recomienda la difusión de informaciones sobre los Centros y las posibilidades que ofrecen. La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina deberá tener importante participación en la comunicación de esas informaciones a las Facultades del Continente, a través de las Asociaciones Nacionales. La selección final de los becados será realizada por el Centro, entre los candidatos presentados por instituciones idóneas ya preliminarmente seleccionados por ellas. Los candidatos deben ser graduados, con antecedentes que hagan presumir aptitudes para la docencia y la investigación, y la institución de origen debe garantizar que, a su regreso encontrarán remuneración adecuada y medios de trabajo satisfactorios que les permitan utilizar eficientemente, en la docencia y la investigación, los conocimientos y la experiencia que hayan adquirido durante su estadía en ese Centro. El procedimiento de la concesión de una beca se realizará siempre a través de la institución de origen del becado. La formación y entrenamiento del becado serán hechos en programas individuales, adaptados cuidadosamente a las necesidades de la institución de origen y a las condiciones personales del candidato. La integración del becado se hará por medio de su incorporación gradual y progresiva a las actividades regulares de investigación y de enseñanza del Centro, inclusive en las actividades de planificación y administración. En lo que a investigación se refiere su participación deberá ser activa, con responsabilidad creciente en el trabajo experimental, con la finalidad de capacitarlo como investigador autónomo. Su entrenamiento deberá incluir la enseñanza para estudiantes de medicina, en grado suficiente para familiarizarlo con la didáctica moderna de las disciplinas médicas. Se recomienda cuidar su adaptación psicológica al nuevo ambiente de trabajo.

La evaluación del rendimiento debe tener en cuenta las cualidades del docente y del investigador, y el tipo de trabajo realizado. Los resultados de esa evaluación serán comunicados a la institución de origen. Se acompañarán las actividades del becado después de su regreso, lo que permitirá apreciar no solamente su readaptación a la institución de origen, como también la fidelidad de esa a los compromisos asumidos y la autenticidad de los respectivos programas de mejoría y desarrollo. Cuando sea posible, será conveniente que los Centros asistan a sus exbecados en el desempeño de las funciones para las cuales fueron preparados.

Los criterios para determinación del número de becados que será recibido son, necesariamente, variables y dependerán de los recursos existentes y del tipo de adiestramiento enfocado (básico, clínico o médico-social). Se recomienda, sin embargo, que el número de becados sea limitado a las posibilidades efectivas de realización de trabajos individuales, activa y correctamente supervisados.

Para cumplir satisfactoriamente sus responsabilidades didácticas, es necesario que los Centros cuenten con personas capacitadas para planificar, organizar, conducir y evaluar la enseñanza de la metodología de la investigación y docencia, en la especialidad correspondiente. Las posibilidades didácticas y de entrenamiento de un Centro podrán ser aumentadas y complementadas, a juicio del mismo Centro y bajo su responsabilidad, recurriéndose a otras instituciones idóneas. Es conveniente que el Centro desempeñe actividades docentes en el curso médico.

Además de sus actividades de docencia e investigación básica, será conveniente que los Centros participen del estudio de problemas de sus respectivos países en la extensión que las circunstancias indiquen.

Es muy importante que los Centros gocen de autonomía didáctica y científica, y de libertad para el desarrollo de sus programas. Es también importante que los Centros establezcan conexiones e intercambio con las instituciones similares al suyo y a las de otros países, desarrollando también, programas conjuntos de investigación y actividad docente.

La Conferencia recomienda que la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina funde un órgano central, encargado de promover y evaluar los Centros de docencia e investigación actualmente existentes, y determinar cuales entre ellos llenan los requisitos necesarios para su calificación como Centros de Formación y Perfeccionamiento Científico y Docente para profesores e investigadores. Ese órgano deberá coordinar las actividades de los varios Centros, proporcionar informes sobre los mismos y sugerir medidas necesarias para el desarrollo de Centros ya reconocidos, o para la mejoría de instituciones que puedan aspirar a un futuro reconocimiento.

Relato Conjunto del Tema II. Relator: Prof. RUBENS MACIEL

La casi totalidad de los grupos discutió el tema en la secuencia establecida por el cuestionario correspondiente, lo cual sugiere la conveniencia de tratarlo en el mismo orden:

I. Cuáles son las razones que caracterizan la conveniencia de fundar una Escuela de Medicina?

La mayoría de los grupos insiste en la necesidad de crear una nueva Escuela de Medicina, que corresponda a las necesidades de asistencia médica del país, investigadas en cuidadoso estudio, en las cuales se considere, entre otros factores:

a) Relación del número de médicos y número de habitantes, con las correccio-

nes dependientes de la evolución de los coeficientes demográficos.

b) Necesidad de la substitución de los médicos que abandonan la actividad por muerte, jubilación u otras causas.

c) Desarrollo de planes médico-sanitarios y asistenciales que exijan mayor número de médicos.

Casi todos los grupos insisten en que la Creación de nuevas Escuelas de Medicina formen parte de un plan general de salud pública, y algunos mencionan que ello debe incluírse entre los planes más amplios. de desarrollo de un país.

Se destacó la conveniencia de realizar estudios sobre recursos humanos en las áreas médicas y para-médicas, como el que se está haciendo actualmente en Colombia. por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el Ministerio de Salud Pública, bajo los auspicios del Milbank Memorial Fund y la Oficina Sanitaria Panamericana.

Como otras causas que puede motivar la fundación de Escuelas de Medicina se citan:

a) Razones geográficas y geosociales, que impongan la aparición de Escuelas en áreas anteriormente desprovistas de ellas, facilitando entonces el acceso de los estudiantes locales, favorecer el establecimiento de los egresos en ese medio y auxiliar el desarrollo técnico y cultural de la región;

b) Necesidad de aliviar la sobrecarga de las Escuelas ya existentes, para que el exceso de alumnos no vaya a determinar una caída en los niveles de la enseñanza;

c) Conveniencia, en un determinado país, de favorecer el proceso de la educación médica al instalar escuelas de tipo experimental, con estructuras y métodos pioneros, siempre que se garanticen niveles adecuados de enseñanza;

d) La existencia de gran número de candidatos a estudios médicos no debe ser considerada, por sí sola, como factor determinante de la creación de nuevas Escuelas de Medicina, debiendo este aspecto ser juzgado conjuntamente con los demás elementos del problema.

Varios grupos consideraron conveniente e importante estimular el máximo rendimiento de los recursos humanos y materiales existentes y estudiar simultáneamente la necesidad de crear nuevas escuelas.

II. Cuáles son los fines que se buscan al determinar requisitos mínimos para la creación de nuevas Escuelas de Medicina?

Dos objetivos fundamentales han sido determinados por la opinión, prácticamente unánime de los grupos:

a) Asegurar a la nueva Facultad condiciones correctas y adecuadas de funcionamiento.

b) Evitar que aparezcan Escuelas de bajo nivel, con todas las consecuencias indeseables resultantes.

También se recordó que la determinación de estos requisitos mínimos facilitará el intercambio de graduados y docentes de una Escuela a otra y de un país a otro. Se subrayó, igualmente, el efecto favorable sobre la formación de buenos médicos.

III. ¿Cuáles deben ser los requisitos mínimos, y sus relaciones con la entidad que debe mantener financieramente estas Escuelas?

Los grupos subrayaron la importancia de tenerse en cuenta el aspecto económico al planear la creación de nuevas Escuelas, considerando el alto costo de las mismas; no deben desperdiciarse recursos, hacerse planificaciones correctas y estudiar la capacidad financiera para poder continuar los planes estudiados.

Predominó el punto de vista de que la capacidad financiera de la entidad debe ser de tal cuantía que pueda suplir con seguridad las necesidades docentes y de investigación de una nueva Escuela. A

ésto se agregó que la modalidad de financiación debe permitir el establecimiento de planes de largo alcance.

Se recordó también que las condiciones de financiación no deben comprometer la autonomía de la nueva Escuela en el manejo de sus recursos materiales, en el establecimiento de su organización y de su política educacional, en la libertad de pensamiento de su cuerpo docente, y en forma especial, en la determinación de criterios numéricos y cualitativos para la selección de alumnos. Varios grupos manifestaron el deseo de que los recursos no solamente dominen las necesidades inmediatas de el funcionamiento sino también aseguren el desarrollo futuro.

Algunos grupos expresaron la convicción de que una nueva Escuela de Medicina debe nacer, preferencialmente, vinculada a una Universidad o por lo menos, a una institución educacional de nivel elevado.

Con relación a las instalaciones:

El criterio para determinar los requisitos mínimos de instalación, subrayado por acuerdo prácticamente unánime, fue su adecuación a las finalidades docentes de la escuela, y cuyos niveles no deben quedar comprometidos por insuficiencia de recursos materiales.

Los diferentes grupos resaltaron:

a) La necesidad de facilidades materiales para la enseñanza en el ciclo básico.

b) La necesidad de que la nueva escuela posea un hospital de buen nivel, o pueda vincularse a uno existente. En este último caso, se considera conveniente que la Escuela pueda influir decisivamente en la dirección técnica y administrativa del Hospital.

c) La existencia de una biblioteca provista de libros de textos, de referencia y de consulta y de colecciones de las principales revistas.

Como otras condiciones referentes a las instalaciones, se mencionaron: la existencia de laboratorios propios para los trabajos de investigación del cuerpo docente; la disponibilidad, en el hospital, de alojamiento para internos y residentes; la posibilidad del uso de áreas suficientes para la administración de la Escuela y el bienestar de los estudiantes, y, cuando sea posible, el acceso de los recursos gubernamentales en el campo de la salud pública, enfocado especialmente en la enseñanza de la medicina preventiva.

Dos grupos utilizaron la relación número de camas hospitalarias, número de alumnos como criterio de evaluación de las instalaciones hospitalarias.

Varios grupos insistieron en que las instalaciones deben asegurar el suministro de una enseñanza activa y práctica y hasta donde sea posible individual. Se señaló la necesidad de que los recursos materiales facilitarían un trabajo de asistencia médica integral a la comunidad.

Con relación al cuerpo docente:

Como criterio general, se estableció que la nueva escuela debe contar con personal eficiente, tanto en número como en calificaciones científicas, didácticas y morales, para la consecución completa de sus objetivos. Cerca de la mitad de los grupos se abstuvieron de establecer criterios numéricos; los que lo hicieron, utilizaron la relación profesor/alumno, camas hospitalarias/alumno.

Para la selección del cuerpo docente de la nueva Escuela, algunos grupos sugieren se establezca una comisión, integrada por profesores de alto nivel. Algunos grupos piensan que ella puede ser establecida por la Asociación de Medicina del país correspondiente. Varios grupos insistieron en que la selección inicial debe basarse en la apreciación de los títulos y trabajos de los candidatos.

En lo que se refiere al régimen de trabajo, hay acuerdo en que, para la totali-

dad o la gran mayoría de los profesores y docentes de ciclo básico, sea adoptada la dedicación exclusiva. En el ciclo clínico, la mitad de los grupos exigieron un núcleo de profesores e instructores bajo el régimen de tiempo integral, estricto o geográfico. Algunos grupos sugieren que los nombramientos para el cuerpo docente estén sujetos a revisión periódica.

Algunos grupos exigen que los profesores residan en la localidad sede de la Escuela. Hay quienes toleran una infracción a esa regla, mientras sea asegurado el cumplimiento diario del profesor a su laboratorio o servicio. Varios grupos relievaron que la remuneración del cuerpo docente sea adecuada y suficiente para el mantenimiento de un status social de acuerdo al ejercicio del magisterio superior.

Se sugirió que el Director trabaje en régimen de dedicación exclusiva y que su mandato inicial se extienda por lo menos por tres años.

Algunos grupos propusieron que la nueva Escuela establezca, desde un comienzo, un mecanismo de formación y desarrollo de sus cuadros docentes.

Con relación al Pensum:

La opinión general impone que el pensum sea actualizado, equilibrado, coordinado e integrado, tanto horizontal como verticalmente, originando una enseñanza activa, objetiva e individualizada.

En lo que se refiere a la distribución de materias, un grupo sugiere que se obedezca a las recomendaciones del documento 239 de la Organización Mundial de la Salud y otros grupos determinan que se atienda a los requisitos mínimos establecidos en las Declaraciones de México en 1957 y de Montevideo, en 1961. Varios grupos organizaron listas propias de materias e intensidad horaria, tanto para el ciclo básico como para clínico.

Se preconiza un internado obligatorio de doce meses, cuya modalidad es discutida solamente por dos grupos, que prefieren el tipo rotatorio.

Varios aconsejan la creación de un curso pre-médico, bajo el control de la Facultad. Hay sugerencias sobre pensum y duración del mismo.

Algunos grupos destacaron la necesidad de insistir en Medicina Preventiva, Psicología Médica y Servicio Social.

Se recomendó llevar en mente, al establecer un pensum, el nivel de preparación secundaria de los eventuales alumnos.

IV. Cómo llevar a cabo eficientemente la apreciación periódica de los niveles mantenidos por las nuevas Escuelas de Medicina?

La gran mayoría de los grupos sugiere que esta apreciación sea hecha por las Asociaciones de Facultades de Medicina de cada país, por medio de comisiones especializadas, que podrían ser asesoradas, si fuere el caso, por la Federación Panamericana.

Algunos grupos sugieren la utilización de un "examen del estado", como instrumento para juzgar la calidad de la enseñanza suministrada por las Escuelas.

La Conferencia considera inconveniente la formación profesional incompleta o inadecuada, que implique la entrega de títulos de médicos a personas que no tengan la preparación y calificaciones técnicas internacionales aceptadas como mínimas.

V. Cuál es la definición exacta de "Capacidad Docente"?

Hubo cierta dificultad, por parte de los grupos, en formular una definición precisa y global. Se recomendó que la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina, nombre una comisión de estudio que tenga por finalidad:

a) Estudiar índices o unidades de medida que permitan analizar objetivamente la capacidad docente de las Escuelas de Medicina.

b) Realizar estudios comparativos de las Facultades de Medicina Latinoamericanas, en lo relacionado a la investigación y a los índices referidos.

c) Estudiar la relación entre capacidad docente y el número efectivo de alumnos matriculados, con la finalidad de evaluar el rendimiento docente efectivo.

d) Divulgar esos estudios entre las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina, cuya colaboración será requerida para realizarlos.

Varios grupos definen la capacidad docente en términos cualitativos como la la relación enseñanza-aprendizaje y en términos cuantitativos, utilizando las relaciones profesor-alumno y camas hospitalarias-alumno.

La relación profesor-alumno, en el ciclo básico, fué estimada entre 1/10 y 1/20; en el ciclo clínico, entre 1/5 y 1/10. La relación alumno-cama hospitaliaria, se aproximó de 1/1,5 a 1/2.

La modalidad posible de enseñanza fue usada como parámetro definiéndose la capacidad docente como el número máximo de alumnos que pueden ser admitidos teniendo en cuenta los recursos materiales y humanos existentes, que permitan todavía una enseñanza individual o en pequeños grupos.

Buscando ajustar el concepto a cada caso concreto, dos grupos propusieron que la capacidad docente fuera expresada, en cada oportunidad y en terminos cuantitativos, por el mismo cuerpo docente de la Escuela de Medicina, cuyo conocimiento de la situación permitiría un juicio más seguro.

Se relievó la necesidad de considerar, también, un límite mínimo de alumnos, después del cual no sería conveniente mantener una Escuela de Medicina, considerándose el gasto de recursos que su funcionamiento obligatoriamente significa.

VI. ¿Qué otros criterios pueden ser considerados mínimos para la creación de nuevas Escuelas de Medicina?

Diversos grupos recomendaron como requisitos mínimos adicionales:

a) Limitación del número de alumnos de cada grupo.

b) Examen de ingreso, de carácter selectivo.

c) Ubicación de la Escuela Médica en sector populoso con facilidades de comunicación en un nivel cultural adecuado.

d) Existencia, en esa región, de número de médicos que permita proveer la ampliación y renovación satisfactorias del cuerpo docente.

e) Presencia, en el área geográfica, de un número satisfactorio de alumnos potenciales, con nivel adecuado de instrucción secundaria.

Un grupo recomendó no se autorice la iniciación de los trabajos de una Escuela sin que se disponga del tiempo suficiente para completar las edificaciones, adquisición de equipo, establecer la organización administrativa y didáctica y el entrenamiento del personal docente y técnico.

Se insistió en que la enseñanza suministrada por una Facultad de Medicina debe cuidar no solamente de los conocimientos de sus alumnos como también del desarrollo de la capacidad de "poder saber", que les permita continuar por toda la vida su aprendizaje médico.

Como sugerencias que no encuadran exactamente en ninguno de los párrafos arriba citados, y que sin embargo, merecen atención, mencionamos las siguientes:

a) Que la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina nombre una comisión técnica, para estudiar los requisitos de los

laboratorios de Ciencias Básicas en una nueva Facultad o Escuela;

b) Que haya asistencia técnica y material a las nuevas Escuelas, realizada a nivel nacional, por las respectivas Asociaciones y, a nivel internacional, por la Federación Panamericana.

c) Que las Asociaciones Nacionales busquen impedir la fundación de Escuelas que no llenen los requisitos mínimos, o que, si ya están fundadas sin tales requisitos, se les recuse filiación, hasta que se adapten a los niveles ahora establecidos.

SALUD PUBLICA, NUTRICION Y DESARROLLO: EL DILEMA DEL CONSUMO VS. LA INVERSION

Dr. JOSE FELIX PATIÑO,

Rector, Universidad Nacional de Colombia.

Trabajo presentado en la VII Conferencia Mundial para el Desarrollo Internacional, Washington, D. C., marzo 11-13 de 1965

Más de la mitad de la población mundial vive hoy fuera de los límites de la revolución industrial; pero los "países pobres o subdesarrollados" están creando otra revolución rápidamente creciente, contra la pobreza y el hambre, que constituye un hito histórico por tener que enfrentarse a una crisis política de grandes proporciones. La humanidad tiene conciencia de sus derechos a un estado de bienestar, no conocido antes, y que impone constantemente mayores exigencias. Una situación de consumo improductivo se observa en esta vasta sección del mundo en donde una población pobre, desnutrida y de precaria salud, agota los limitados bienes de que dispone para satisfacer la creciente necesidad humana, sin la habilidad ni la oportunidad para producir mayor riqueza.

El punto de vista malthusiano sobre el hambre, las enfermedades, y el elevado índice de mortalidad, como factores necesarios de equilibrio de la productividad limitada de estas vastas regiones del mundo se ha convertido, en lugar de un control preventivo, en un fenómeno que cada vez se agrava más. Por otra parte, las severas restricciones impuestas al consumidor, que se derivan de las actuales estructuras del poder político, lejos de generar un ahorro efectivo y, por lo tanto, una economía de desarrollo, desembocan en un grado de mayor frustración para la ya emprobrecida población que es tanto más improductiva por cuanto anula cualquier posible motivación y por cuanto fomenta, como resultado, la hostilidad y el odio. Nadie piensa seriamente en transformar estas economías preindustriales por medio de mayores privaciones para el ser humano, que es, a fin de cuentas, el único factor posible generador de productividad. La indispensable voluntad colectiva y las fuertes motivaciones, esenciales para el desarrollo de cualquier país no florecen en un medio de pobreza, de enfermedades y frustración.

Asistimos a una violenta revolución de crecientes esperanzas en que el hombre se da plena cuenta de que cabe esperar que la vida se haga mejor, en que la gente considera la salud y el bienestar, no como una situación de lujo para unos pocos afortunados sino como un derecho humano. La aplicación del ahorro y de la tecnología constituyen, ciertamente, los factores necesarios para lograr una economía de desarrollo; pero uno de los prerrequisitos es una población con la convicción, la voluntad, y la capacidad para hacer uso de ellos, lo cual quiere decir hombres educados, sanos, bien nutridos, que vivan con un mínimo de comodidades para alcanzar el completo desarrollo de sus capacidades.

El impulso de cambio representa quizá el factor más positivo en la dinámica de cualquier país. Una vez que se presenta, este impulso puede ser hábilmente canalizado para producir frutos, o se puede invalidar si se descuida al hombre mismo. Es posible que las orientaciones nacionales o internacionales, que las estructuras políticas y que poderosos procesos históricos desvíen la atención del enfoque humano y la concentren en programas tradicionales de ayuda técnica o de inversiones industriales con la esperanza de que éstos conlleven, como efecto secundario, la elevación de niveles de bienestar para la sociedad de que se trata. El bienestar del hombre, objetivo final del progreso, es a la vez un requisito previo para alcanzar el progreso. Cuantas veces hemos oído afirmar ésto y cuán poca aplicación se le ha dado!

Aunque esta incontenible revolución de crecientes esperanzas se presenta en todas partes, se han propuesto diferentes enfoques para su aprovechamiento. Con pasmosa frecuencia se olvida que la población en donde surge esta revolución está constituída por sociedades atrasadas que pueden ir muchos siglos a la zaga de grupos industrializados y, aunque tengan necesidades semejantes, muestran ciertamente una más alta capacidad de consumo y un grado de productividad mucho menor. La experiencia indica los deficientes resultados que a menudo se observan después de suministrar bienes de consumo a una comunidad con grandes aspiraciones y grandes necesidades, la cual los absorbe rápidamente y, por ser incapaz de reemplazarlos, contempla con qué rapidez desaparecen sin un efecto benéfico permanente. La inversión en estos casos, ha sido totalmente infructuosa porque no promovió la productividad. La explicación de este fenómeno se atribuye a muchos factores, pero con demasiada frecuencia se olvida al hombre mismo; se da él cuenta de lo que recibe? Tiene la capacidad de utilizarlo plenamente? Con frecuencia se pasan por alto la ignorancia y la ineptitud física.

Y la experiencia contraria también se registra: las inversiones para beneficio directo del hombre mismo, que proporcionan condiciones de vivienda higiénica, que estimulan y aceleran la educacón, dan por resultado sociedades dinámicas, capaces de encontrar medios propios de desarrollo y progreso.

Los economistas reconocen a menudo que el fenómeno más dramático que existe hoy es este anhelo de los países en proceso de desarrollo, pero se desaniman cuando las estadísticas demográficas muestran que son precisamente estas poblaciones las que arrojan una tasa de nacimientos que supera grandemente la de mortalidad, acercando peligrosamente el día del juicio final. Frecuentemente culpan a los funcionarios de salud pública de frenar el desarrollo.

El crecimiento excesivo de la población representa evidentemente un problema muy serio para los países en desarrollo. "Aunque se afirma a menudo que la causa principal del aumento de población es el establecimiento de mejores condiciones higiénicas, este constituye también la mejor perspectiva para resolver el problema demográfico. A medida que desciende la mortalidad infantil, los padres comienzan a darse cuenta de que no es ya necesario tener seis hijos para poder criar tres". La experiencia mundial confirma esta observación del Dr. Carral E. Taylor, Director de la Escuela de Higiene y Salud Pública de John Hopkins, persona de vasta experiencia en los problemas de la India y de otros países asiáticos.

Se dice a menudo que la necesidad más obvia de estos países es el dinero. Nosotros consideramos que es el capital humano eficiente y que, por lo tanto, cualquier destinación de fondos dirigida al bienestar de la población, representa la forma más sensata de inversión de capital.

En ocasiones se hacen inversiones de tipo de las ya mencionadas con intención de generoso paternalismo y que deberían promover en cierta forma el desarrollo. Estas inversiones en forma de bienes de consumo se agotan rápidamente sin generar entradas, y el resultado lógico de ello es la frustración. El único agente eficaz del progreso es el hombre mismo, y para que lo sea, debe poseer conciencia de sí mismo, sentimiento de seguridad, sólida voluntad y experiencia técnica. Sin éstos factores, todos los esfuerzos están condenados al fracaso.

Las inversiones para promover el desarrollo, incluso cuando se hacen libres de motivaciones políticas, descuidan a menudo las prioridades que la sociedad que las va a recibir se ha fijado así misma. Frecuentemente se olvida también estimular la necesaria capacidad directiva local que puede solamente provenir de una persona que, antes que todo, tiene que estar segura de la suya propia.

Con cuánta frecuencia se escuchan absurdas comparaciones de los beneficiarios de iguales sumas de ayuda externa que luego muestran resultados muy disímiles. La reconstrucción de Europa se ha presentado a los países de Latinoamérica y de Asia como ejemplo de "ayuda adecuadamente utilizada". Parece equivocado comparar una sociedad que utiliza plenamente la capacidad humana, que antes poseía altos niveles de bienestar, y que recibe fondos para reconstruír algo que no hace mucho había perdido, con los beneficiarios de otros países cuya población se debate en medio del hambre y de las necesidades para lograr altos niveles de desarrollo con los instrumentos escasos de sus habitantes impreparados. No se puede esperar transplantar la civilización técnica a una población incapaz de utilizarla plenamente, y esperar luego obtener los mismos resultados.

Una nación no puede industrializarse si su población es incapaz de contribuír con el trabajo de hombres saludables; nunca podrá desarrollarse con una población incapaz, que consume recursos sin producir ninguna entrada. Cabe esperar la industrialización sólo cuando se pueda lograr un mejoramiento substancial del nivel de vida, de nutrición y de salud para alcanzar un alto grado de eficiencia humana.

Más de la mitad de la población mundial se encuentra mal nutrida. La población de los países subdesarrollados está subalimentada y, por lo tanto, en condiciones de permanente falta de energía, débil, y muy vulnerable a las enfermedades. El efecto de la desnutrición se hace evidente tan pronto como la madre deja de lactar al niño y se manifiesta rápidamente en forma de retraso físico y mental. Una sociedad constituída por personas endebles es naturalmente improductiva. Además, la pobreza, el hambre y las enfermedades crean una atmósfera de frustración que se trueca rapidamente en hostilidad y desemboca en la bien conocida condición de intranquilidad política e inestabilidad económica. El círculo vicioso de enfermedad y pobreza, causa y efecto mutuos, entorpece y frena cualquier esfuerzo de una nación. "Existe una relación mutua entre la salud, el desarrollo económico, los niveles de vida, y el bienestar" (Declaración de la Alianza para el Progreso, Punta del Este, Uruguay, Agosto de 1961).

El crecimiento económico que estas sociedades buscan como etapa necesaria para lograr objetivos de desarrollo depende, en definitiva, de la productividad humana. No se puede olvidar que el trabajo humano constituye el principal recurso de cualquier país, y por lo tanto, debe aceptarse que los fondos que se utilizan para promover la salud representan una sólida inversión de capital y no un gasto; el dinero que se invierte en una persona que se enferma o muere antes de dar su máximo rendimiento, significa pérdida. Las sumas de dinero que se emplean para la recuperación de la salud y para la rehabilitación, son siempre mayores que las inversiones que se hacen para proporcionar un medio ambiente sano, que le permita a un

hombre rendir el máximo de productividad y lo mantenga alejado de las enfermedades. Podemos concluír, por lo tanto, que el desarrollo económico depende en alto grado del bienestar y de la buena salud de la población que suministra la fuente de riqueza: la productividad humana.

Aun cuando estos son conceptos corrientes hoy día y aún cuando, naturalmente, no es dado esperar un medio salubre y adecuados niveles de vida sin una estructura económica sólida, pues lo uno depende de lo otro, nos gustaría, sin embargo, destacar una prioridad y definir qué es inversión de capital. Nuestra experiencia demuestra claramente la inutilidad de esfuerzos orientados a incrementar la productividad con la esperanza de que ésta, a su vez, dé por resultados mayores entradas y un mejoramiento general del nivel de vida. Predomina en el ser humano una prioridad de máxima importancia: el instinto de conservación. Esta es una reacción natural en el ser humano que vive en condiciones adversas y que prima sobre el interés colectivo. No desaparece sino cuando la condición personal ha sido resuelta; sólo entonces es el hombre capaz de pensar en función de la comunidad. A menudo se pasa por alto este importantísimo factor psicológico cuando se plantea la ayuda para zonas subdesarrolladas.

El desarrollo puede resultar solamente de una voluntad colectiva y ello no es posible hasta tanto no se ponga atención a la condición del hombre como ser humano. La industrialización puede lograrse solamente cuando el hombre es físicamente capaz y eficiente y está psicológicamente motivado para el mejoramiento colectivo.

Cabe preguntar qué evidencia específica sirve de apoyo a la correlación entre la salud y el desarrollo económico. Todo el mundo habla acerca del círculo vicioso, ya mencionado, que se observa en los países subdesarrollados, formado por los bien conocidos factores de la subalimentación, las enfermedades, la ignorancia y la pobreza. Analicemos brevemente estos cuatro factores y principiemos con la relación que existe entre la nutrición y las enfermedades. (Rueda Williamson).

Aunque la asociación histórica entre el hambre y la peste fue lo que inició la idea de la relación, solo recientemente se establecieron pautas identificables de interacción. Estas son especialmente evidentes en el campo de las enfermedades infectocontagiosas. El estudio de la multiplicidad de los factores etiológicos de este grupo de enfermedades ha demostrado, en repetidas ocasiones, que la mayoría de los problemas de salud que afectan a los países subdesarrollados se debe no sólo a los de concentración, malas condiciones ambientales y patogenicidad de los agentes infecciosos, sino principalmente a la capacidad de adaptación, de reacción y de defensa del cuerpo humano ante un ambiente hostil. Y en el caso del individuo subalimentado se ha demostrado claramente el sinergismo y la interacción dinámica entre nutrición e infección, especialmente con respecto a la disminución de sus defensas orgánicas. Lo mismo puede decirse del efecto adverso de las infecciones en relación con el estado nutricional del individuo.

Los niños de edad preescolar, entre uno y cuatro años, son los más vulnerables a la subalimentación y es en ellos en donde se presentan efectos más serios. Estos efectos se manifiestan en las bien conocidas cifras de altos índices de mortalidad y sus secuelas de retraso físico y mental en el desarrollo. Colombia no es una excepción a esta situación alarmante, común a muchos otros países. Más de 90.000 muertes de niños menores de cinco años se registran anualmente y, de éstas, más de la tercera parte se deben a causas directa o indirectamente relacionadas con una deficiente nutrición. Con todo, no creemos que este represente el problema más grave. Tal vez configura una situación mucho más seria la relativa al desarrollo educacional y económico del país: los efectos adversos más graves hacen relación con los niños que escapan a la muerte, pues se ha establecido claramente que el niño subalimentado de este grupo de edades muestra estancamiento, retraso, y aún regresión en su proceso normal de desarrollo físico y mental. Este niño no crece a un ritmo normal por falta de sustancias básicas para formar sus tejidos; es inactivo, se cansa fácilmente y presenta alteraciones psíquicas que lo hacen irritable y apático. En la escuela, más tarde, pierde interés en sus estudios y hasta en el juego; no es capaz de fijar la atención eficientemente en clase y, en general, se desempeña bastante mal. Es perezoso y olvida fácilmente, debido solo al retardo de su desarrollo mental y físico que proviene de las condiciones de su desnutrición. Repetidas observaciones demuestran que su índice de inteligencia es anormalmente bajo y este cuadro general es solo parcialmente reversible, ya que la recuperación nunca es completa, ni siquiera cuando se le coloca en condiciones óptimas de rehabilitación desde el punto de vista nutricional. Esto explica claramente, por lo menos en gran parte, la elevada tasa de deserción escolar que llegó a alcanzar en Colombia la increíble cifra de 89% después del primer año de escuela primaria, entre los años 1946 a 51. Esto conduce a altos porcentajes de analfabetismo en la población del país.

La directa implicación económica que resulta del estado de retardo mental del niño desnutrido no puede subestimarse. Cualquier esfuerzo nacional dirigido al entrenamiento de un vasto número de maestros, a la creación de centros de capacitación y otras medidas por el estilo, fracasarán inevitablemente si el país sólo puede suministrar una población de individuos endebles, cuya capacidad mental es insuficiente para absorber el conocimiento y el entrenamiento requeridos para aumentar la productividad.

La asociación entre la nutrición y la productividad en el trabajo no es un concepto nuevo, pero sólo recientemente hemos obtenido los resultados de observaciones objetiva y adecuadamente medidas para comprobar esta relación. En Alemania, durante la última guerra, los trabajadores de las minas de hierro que tenían una dieta de 2.800 a 3.000 calorías, mejoraron su rendimiento de 77% a 93% cuando se les suministró una ración extra de 600 calorías, que les permitió ganar un promedio de 2 a 3 kilogramos de peso por persona.

En Indochina se logró aumentar el rendimiento de los operarios de maquinaria agrícola, de 30 a 40%, agregando carne y legumbres a la insuficiente dieta de 3.000 calorías, que consistía en arroz blanco, y sustituyéndolo por arroz integral. En Costa Rica, durante la construcción de la Carretera Panamericana, el rendimiento de cada persona —apreciado por el número de metros cúbicos de tierra que cada trabajador removía diariamente— se cuadruplicó al agregarle carne, frutas y legumbres a la escasa ración de arroz y fríjoles, y mediante el establecimiento de comedores colectivos que mejoraron las provisiones del servicio. En la etapa final, los costarricenses dieron mejor rendimiento que sus compañeros de trabajo norteamericanos.

Si a esos ejemplos ilustrativos agregamos las cifras de mayor morbilidad de las poblaciones desnutridas, que conlleva una pérdida de miles de horas-hombre de trabajo, debido al carácter endémico y reincidente de las enfermedades, podríamos lograr una idea mucho más dramática del tremendo impacto del déficit nutricional sobre los índices de productividad, y, por lo tanto, sobre la economía de los países afectados.

Al estudiar las prioridades, creemos firmemente, de acuerdo con la experiencia de nuestro país, que el esfuerzo más productivo es el que se canaliza directamente hacia el bienestar del hombre como recurso humano. Material humano saludable y bien entrenado, es el punto

de partida para cualquier programa de desarrollo económico. Hemos llegado a la conclusión de que las inyecciones económicas a sectores como el de la industria, y aún el de la agricultura y la educación, a menudo se malogran porque ocasionan una verdadera sangría, más bien que un esfuerzo, para los recursos locales. Si bien reconocemos que las comunidades deben poseer una sólida estructura económica para proveer los servicios de salud, consideramos, sin embargo, que, en términos de absoluta prioridad, cualquier apropiación —que no sea autosuficiente ni remunerativa— destinada a mejorar la salud de la población, sí representa la mejor inversión de capital en las zonas subdesarrolladas. Ella crea los necesarios recursos humanos indispensables para cualquier clase de programa de desarrollo. "Hasta hace poco habría parecido absurdo sugerir a las instituciones prestamistas que los seres humanos representan una inversión tan buena como una fábrica de fertilizantes o una carretera. El cambio de actitud y de política se debe no a un sentimiento romántico sino al análisis perspicaz de la experiencia práctica". Así se expresa Philip. H. Coombs, Director del Instituto Internacional de Planeación para Educación de la UNESCO y ex-Subsecretario de Estado para Asuntos Educativos y Culturales.

Colombia y otros países suministran una demostración innegable de las afirmaciones anteriores. Las apropiaciones que se han hecho para programas de salud pública que han dado como resultado la erradicación de la malaria, no solamente han mejorado el bienestar de la población, sino que han transformado dramáticamente la productividad, y promovido el desarrollo económico de vastas regiones. Ellas representan ciertamente una de las mejores inversiones de capital hechas hasta ahora.

Antes de concluir, permítaseme citar a Philip R. Lee, Director de la Oficina de Salud de Recursos Humanos y de Desarrollo Social de AID, al hablar ante un reciente seminario efectuado en Brasil: "Aunque reconozco que el desarrollo social y el económico son interdependientes, creo, sin embargo, con toda franqueza, que el hombre es el principal recurso de una nación. El desarrollo económico de una nación depende, en definitiva, de las aspiraciones y de la capacidad de su gente para lograr estas aspiraciones. Un pueblo hambriento, enfermo, sin vivienda adecuada y que posea solamente unas pocas habilidades para ganarse la vida, no puede ser fundamento para formar un gobierno estable ni una economía próspera".

Hemos llegado a la conclusión de que el bienestar es productivo y de que las sumas destinadas a la salud de nuestros pueblos, como prioridad máxima, representan la forma más sólida de inversión de capital.

LA ENSEÑANZA MEDICA EN RELACION CON LOS PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA EN AMERICA LATINA

Dr. ALBERTO P. CRISTOFFANINI, Colegio Médico de Chile.

Trabajo presentado en el IX Congreso Médico-Social Panamericano, Lima, Perú, abril 18-20 de 1965.

La enseñanza médica en relación con la Salud Pública representa sólo una parte de un problema más amplio, cual es la relación de la enseñanza médica con los problemas de salud, considerando este término con su acepción más amplia de salud integral.

Salud, de acuerdo con la definición aceptada por los países miembros de la Confederación Médica Panamericana, en resolución de la OMS, se define como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social del ser humano. En estos tres aspectos la influencia del médico es diversa; el bienestar físico es directamente un problema médico, el bienestar psíquico envuelve una participación importante de la acción médica, en cambio, en el completo bienestar social la función médica no tiene una acción directa, y la influencia del individuo médico sólo puede ejercerse a través de un profesional formado, no sólo como un técnico calificado y eficiente, sino como un universitario de alto nivel, con conciencia de lider de su comunidad.

América Latina, en función de su estado actual de desarrollo y de las condiciones económico-sociales prevalentes, conforma un panorama especial que le da al problema de salud en esta área un carácter propio. Morodor en 1964, puntualizó estas peculiaridades de América Latina en la siguiente forma:

1. Población joven, el 75% de ella por debajo de 35 años y más de 40% por debajo de los 15 años.

2. Una alta natalidad y una alta mortalidad, con una tasa anual de crecimiento promedio superior a 2.5%.

3. Un promedio de vida bajo, inferior a 50 años.

4. Una mortalidad infantil muy alta, más de 100 muertos menores de un año por 1.000 nacidos vivos, y junto a ello una mortalidad alta antes de la etapa puberal.

5. Gran morbilidad, especialmente de enfermedades transimibles, fácilmente prevenibles o evitables.

6. Deficientes condiciones sanitarias del ambiente, muchas viviendas sin agua ni alcantarillado, mal abastecimiento de los alimentos, otras deficiencias de saneamiento, (por ejemplo abundancia de artrópodos de importancia sanitaria, roedores, basurales antihigiénicos, etc).

7. Subalimentación de gran parte de la población, primordialmente deficiente de proteínas y de grasas.

8. Elevada proporción de población rural, carente de caminos, de recursos médicos y de las modernas facilidades de la civilización.

9. Escasez de médicos y de personal para-médico, insuficiente preparación, ma-

la distribución, deficiente rendimiento y baja productividad.

10. Condiciones de vida y de trabajo insatisfactorias. Falta de adecuada recreación.

11. Fuerte proporción de analfabetismo y bajas condiciones culturales.

12. Creciente dependencia de la sociedad de servicios técnicos especializados de alta calidad y eficiencia, entre ellos, los servicios médicos.

El análisis de los puntos señalados nos muestra nuevamente una superposición de problemas médicos y problemas económicos sociales que el educador médico no puede ignorar. Ellos constituyen una prueba que, en las palabras del Decano Neghme, "debe llevar a preparar a los futuros profesionales para afrontar los desafíos que representan las nuevas situaciones médicas, sociales y ambientales, así como el progreso acelerado de la ciencia y la tecnología".

Si se examinan algunos indicadores de salud en nuestro país, como pueden ser la expectativa de vida, la tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes, la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos a la tasa de mortalidad por tuberculosis, vemos que en la década 1945-1955 dichos indicadores tenían una clara tendencia a descender; se estabilizan en los años siguientes e incluso tienden a empeorar ligeramente en los últimos años. Si se busca alguna relación entre estos indicadores de salud con el esfuerzo destinado a salud, como puede ser, por ejemplo, el gasto médico nacional, se observa que este último tiende a crecer progresivamente en los últimos 20 años y no guarda relación alguna con aquellos; por el contrario, si se analiza el nivel de ingresos por grupos familiares vemos que estos han tenido, en los últimos 20 años, una curva que muestra una relación inversa de las que señalan aquellos indicadores, es decir, a mayor capacidad adquisitiva de ingreso, mejores índices de salud. Parecería quedar demostrado entonces que el bienestar económico modifica el fenómeno de salud en forma más importante que lo que es capaz de hacerlo la simple inversión de recursos en las acciones habituales de salud.

No es de extrañar entonces que la tendencia en las Escuelas Médicas de la América Latina haya sido modificada progresivamente en el sentido que, sin despreciar la calidad de la enseñanza tecnológica y científica, se empeñe en conseguir la formación de individuos con condiciones, con ideales, actitudes de servicio público e inquietud social, que sean capaces de trabajar y de pensar por sí mismos, que puedan tener una influencia más amplia que la de simples técnicos en la modificación del problema de salud en sus respectivos países.

En una prolongada pero rápida evolución del pensamiento acerca de la educación médica, las conferencias mundiales sobre educación médica de Londres en 1953 y de Chicago en 1958, se siguen de la preocupación regional que lleva a nuestro país a la realización en 1960 del Seminario de Formación Profesional Médica, con la participación de todas las Facultades de Medicina, del Colegio Médico y del Servicio Nacional de Salud. A dicho Seminario, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, lleva como documento fundamental la declaración de principios sobre "Objetivos de la Educación Médica" conducente a la obtención del título de médico cirujano; dicha Declaración de Principios, cuya filosofía dinámica se mantiene en pleno vigor, aborda no sólo un planteamiento tecnológico, sino una visión completa del papel del principal responsable de la salud dentro del concepto integral de ésta.

Dicha declaración de principios dice así:

1. Contribuír a la formación de un médico no especializado de acuerdo con las necesidades de salud del país, con la

evolución de las ciencias médicas y con los requerimientos derivados de la naturaleza y responsabilidad de sus funciones y de su posición en la sociedad, especialmente de aquellos que se refieren a la adquisición de una sólida preparación científica y técnica, y al desarrollo y práctica de principios éticos y humanos.

2. Capacitar al estudiante para aprender por sí mismo, estimulando el aprendizaje activo a través de experiencias adquiridas por el propio educando y todas aquellas actividades que le permitan desarrollar su juicio crítico, espíritu de observación, de raciocinio correcto, en la convicción de que el paso del alumno por la Escuela de Medicina constituye sólo una etapa de un desarrollo, el cual deberá continuar durante toda su vida profesional.

3. Propender al equilibrado desarrollo de los diversos aspectos educativos, de instrucción o de información, de aprendizaje del método científico y de técnicas, y su integración con actividades destinadas al fortalecimiento de la vocación, al cultivo de la personalidad y a la formación del carácter.

4. En consecuencia, los esfuerzos docentes se orientarán hacia el propósito de guiar a los estudiantes a:

a) Comprender al hombre en su compleja unidad integrada por su triple condición biológica, psíquica y social.

b) Adquirir conceptos biológicos sobre la salud, enfermedad y una adecuada comprensión del método científico.

c) Adquirir conocimientos básicos esenciales, utilizando el contenido informativo de cada asignatura para disciplinar la mente del alumno.

d) Desarrollar hábitos de estudio, de trabajo y de empleo de procedimientos científicos para el análisis y la resolución de problemas médicos, aprendiendo a interpretar sus resultados y a pedir la colaboración de los especialistas cuando sea necesario.

e) Estimular actitudes de servicio público, de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud del individuo, de la familia y de la colectividad.

f) Desarrollar actitudes de comprensión de las necesidades de los enfermos y de respeto a su dignidad humana.

g) Adquirir y aplicar principios de ética profesional, y

h) Proseguir su perfeccionamiento cultural.

5. Para obtener los objetivos anteriormente enunciados es indispensable que el trabajo de toda Escuela sirva de ejemplo, por la calidad de la labor científica y asistencia que en ella se realiza, por las relaciones armónicas del trabajo en equipo, por el respeto de la dignidad de los demás, por la demostración de practicas de higiene individual y ambiental y por la utilización racional de los recursos.

En su primer acápite, esta declaración fija como meta la obtención de un profesional cuya responsabilidad va más allá del paciente individual, puesto que envuelve los problemas e intereses de la colectividad humana. Establece que su formación debe tener en cuenta las necesidades del país y por tanto en dicho planteamiento la Universidad debe extremar su misión de "Universitas", y escuchar en forma constructivamente crítica la posición de todas las instituciones de salud del país; en último término la educación médica debe ser preocupación importante, si no primordial, de la planificación nacional.

En nuestro país dos pasos importantes en este sentido merecen ser analizados:

En respuesta a uno de los acuerdos generales del Seminario de Formación Profesional se formó la comisión permanente de Formación Profesional Médica, integrada por las Facultades de Medici-

na, el Colegio Médico y el Servicio Nacional de Salud, como organismos de carácter permanente, responsable de los estudios de los problemas generales de la formación médica y de los servicios médicos, de la evaluación periódica de estos problemas, y de los resultados de las soluciones o recomendaciones aplicadas.

La experiencia de 5 años de su acción ha sido positiva. Diversas iniciativas de su seno han fructificado.

1. La creación de los Institutos de Ciencias Básicas comunes a diversas Facultades.

2. Mejoramiento, extensión y aplicación de la carreras para-médicas.

3. Mejor entendimiento entre las distintas Facultades de Medicina del país y con los demás organismos de Salud para enfocar la ampliación de la capacidad de dichas escuelas en forma racional, acometiendo entre todas ellas la tarea.

4. Racionalización de la distribución de médicos y para-médicos a lo largo del país.

El segundo paso, ha mirado hacia buscar un común denominador entre las instituciones responsables de la educación médica que garantice la formación de un médico con las características señaladas, de sólida preparación científica y técnica unida al desarrollo y práctica de principios éticos y humanos. En su primera etapa la Unión de Universidades Latinoamericanas promovió tres conferencias de Facultades de Medicina; en la última de éstas se echaron las bases de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina, que ha sido llevada a su realización en la Cuarta Conferencia realizada en Poços do Caldas en 1964. En ella el Presidente, Dr. Amador Neghme expresaba: "Toda Escuela de Medicina cumple una elevada misión social y tiene el deber moral de preparar médicos de la más alta eficiencia y capacitarlos para cumplir su papel en el liderazgo social de países en desarrollo como los nuestros".

Cómo lograr estos objetivos?

En forma primordial debe considerarse el factor humano. La enseñanza universitaria no puede suplir las deficiencias de los niveles educacionales previos, pero puede en cambio recoger el material humano de bases más sólidas a través de una selección de postulantes a las Escuelas de Medicina. Dicha selección debe ser amplia, imparcial y ecuánime y debe analizar no sólo conocimientos y niveles intelectuales sino también atributos de carácter y actitud hacia la colectividad.

Para dicho material humano la Universidad debe crear una atmósfera adecuada a su formación; esta debe comprender:

1. Un personal docente de alta calidad, con sólida formación técnica y cultural y con capacidad pedagógica adecuada que mantenga un espíritu de constante perfeccionamiento y que tenga acceso a satisfacer dicho espíritu.

2. Medios materiales suficientes y adecuados que permitan la participación activa del estudiante, que lo capaciten a estudiar por sí mismo, a discriminar críticamente la observación y a incorporar a su naturaleza un permanente espíritu de estudio, de observación y de perfeccionamiento".

3. Una adecuada coordinación e integración entre las distintas asignaturas a base de programas comunes, interdisciplinarios, que entrelacen los conocimientos biológicos - científicos con los problemas médicos propiamente tales y con las condiciones propias del ser humano y su naturaleza individual y colectiva.

4. Una actitud amplia y penetrante hacia el medio social que evite el encastillamiento de la Universidad dentro de sí

misma y que por el contrario extienda la acción de ésta hacia los problemas de la colectividad.

Estas necesidades que hemos planteado requieren un análisis crítico de la labor que realizamos;

1. Un análisis de los procedimientos de selección de los postulantes a nuestras Facultades.

2. Un análisis de los procedimientos de selección y promoción a nuestros docentes.

3. Un análisis de los programas de enseñanza: a) su equilibrada distribución e interrelaciones; b) su calidad de enseñanza activa; c) su enfoque hacia un concepto de salud integral; d) la incorporación en ellos de los conocimientos necesarios de las ciencias del comportamiento; e) su adecuación a la realidad socioeconómica local.

4. Proyección de la acción universitaria hacia la colectividad:

a) En lo que sea pertinente llevar la enseñanza del medio externo;

b) Captación de los problemas médicos y médico-sociales en su proyección justa.

5. Participación y acción directa de la Universidad en la formación permanente del médico a fin de mantener en él el sentido de perfeccionamiento que logró antes de abandonar la escuela.

El primer punto, "Procedimiento de selección de los postulantes" fué analizado exhaustivamente en la Tercera Conferencia Latinoamericana de Escuelas de Medicina.

El segundo punto ha sido objeto de preferente preocupación por parte de los Consejos de Facultades Universitarias en nuestro país. En la Universidad de Chile, ello se ha traducido, entre otras cosas en la formación de un Departamento de Educación Médica, en la dictación de Seminarios de Educación Médica para Monitores, en la dictación de Cursos como el realizado en colaboración con el Colegio Médico y la Escuela de Graduados, sobre Enseñanza de Medicina Integral.

Los programas de enseñanza han sido objeto de cuidadosa revisión en los últimos años. Diversos pasos han sido tomados en el sentido de modificar la enseñanza y hacerla más integrada, más racional y más completa. En este momento se estudia la organización de una Escuela de Medicina en Valparaíso, para la cual, una Comisión encargada del estudio de dicha organización, ha planteado una nueva metódica a base de una Departamentalización que lleve a una integración más completa de los ramos científicos básicos con los ramos clínicos.

La proyección de la acción universitaria hacia la colectividad ha sido enfocada a través de la incorporación de programas de medicina integral a nivel de las ramas clínicas, a cargo de las Cátedras de Medicina Preventiva y Social, y de la realización del mencionado curso de Medicina Integral destinado a los docentes universitarios, toda vez que la compenetración que éstos logren del concepto de salud integral dependerá la profundidad que aquel consiga en los estudiantes.

La Formación permanente del médico adquiere en nuestro país dos formas:

La primera tiene el carácter de formación en trabajo. Por disposición de la Ley el graduado universitario no puede aspirar a una posición permanente en las ciudades sedes Universitarias en los primeros 5 años de ejercicio profesional; en cambio se le ofrece la posición de Médico General de Zona, sirviendo por 3 años en comunidades menores donde la condición misma de su trabajo lo lleva a interiorizarse en las necesidades y problemas de dicha comunidad, ofreciéndole a continuación dos años de perfeccionamiento o especialización como becado en uno de los Centros Universitarios.

La Segunda se realiza a través de la acción de la Escuela de Graduados.

Los programas que ésta desarrolla son múltiples. De entre ellos destacamos:

1. La realización frecuente de Cursos de post-graduados en diversas ramas de la medicina, tanto en Santiago como en las principales ciudades de las provincias.

2. Los Estados Docentes, en la que grupos de docentes se trasladan por períodos más o menos prolongados a una zona del país, para llevar a cabo un curso de actualización de temas médicos, y al mismo tiempo, convivir los problemas diarios de los médicos de la región;

3. La afiliación de Hospitales Regionales con Cátedras Universitarias, entregando a éstas, al mismo tiempo que la responsabilidad de elevar el standard científico y técnico, la autonomía necesaria para dirigir o enfocar los problemas de afiliación en la forma más conveniente a cada caso particular.

4. Las becas Primarias, en las que el egresado de alta calificación continúa su formación en algunas de las disciplinas básicas; medicina, cirugía, obstetricia y pediatría, por 3 años en un servicio universitario, con la obligación posterior de incorporarse por un período de 2 años a un hospital regional.

Hemos en esta forma sintetizado los objetivos de la educación médica como han sido enfocados en nuestro país, y esbozado algunos de los mecanismos puestos en marcha hacia la consecución de dichos objetivos. Destaca claramente en ellos la importancia que se concede a la calidad moral, a la amplitud de comprensión y de intereses, y el espíritu de iniciativa que debe tener el médico para que sus funciones encuentren en él la sustancia básica para su transformación en "lider". No creemos que dicha tarea está completa, ni que llegue a estarlo, porque tanto las necesidades como las maneras de afrontarlas son cambiantes. Creemos que en un trabajo en equipo, las organizaciones médicas, las autoridades universitarias y las instituciones de salud del país, deben revisar periódicamente las metas trazadas y evaluar frecuentemente los mecanismos destinados a alcanzar dichas metas. Pero si hemos logrado crear el tipo de profesional que hemos delineado, éste sabrá adaptarse a aquellas manteniendo la efectividad de su acción directriz.

EDUCACION MEDICA Y CUIDADO DE LA SALUD EN PAISES EN DESARROLLO

Dr. ALEJANDRO JIMENEZ ARANGO,

Decano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

Trabajo presentado en la 93ª Reunión de la Asociación Americana de Salud Pública, Chicago, octubre 18 de 1965.

Educación médica para condiciones variables de orden social.

Es obvio que, en cualquier país, los programas de atención médica buscan dar cuidado adecuado a toda la población y que estos programas tienen una relación estrecha con los de educación médica. Dicho en otras palabras, los educadores médicos, al hacer sus planes, deben buscar primordialmente la formación de un personal que cuide eficientemente la salud de la comunidad.

Esto implica que las variables de orden social que diferencian entre sí a los diversos países o aún que determinan diferentes estratos dentro de un mismo país, deben llevar a formular patrones diferentes de educación médica. Este simple concepto no siempre es suficientemente comprendido y aplicado, y así vemos con lamentable frecuencia como se copian patrones de educación médica que han tenido éxito dentro de condiciones sociales completamente diferentes, o se diseñan programas que atienden más a la imagen ideal de médico que el planificador de educación médica se ha formado, que a las reales necesidades de la población a las cuales debe atender el médico recién egresado.

Quienes provenimos de países que tradicionalmente han estado fuertemente influídos por las culturas médicas de otras latitudes, hemos sido testigos de numerosos errores provenientes del laudable pero inconsulto deseo de copiar sistemas, métodos y procedimientos por la sola razón de que en otras partes han tenido éxito. Caen con frecuencia en estos errores los médicos de nuestros países que han asimilado ajenas metodologías antes de conocer la realidad social de sus propios países, y los asesores extranjeros que consideran equivocado cualquier sistema que se aparte de los por ellos conocidos, sin consideración a las profundas raíces culturales, sociales, económicas y aún políticas que todo sistema educativo debe tener.

Ciertamente que la medicina tiene una unidad. La ciencia es una sola, y un buen médico lo es en cualquier sitio y condición en que se le coloque. Sin embargo, el concepto de "buen médico" necesita calificación; no lo es aquel que solamente domine los aspectos técnicos de su especialidad, sino especialmente aquel que tenga una clara comprensión de su misión social.

Para poder cumplir esta última debe conocer muy profundamente cual es el medio social dentro del cual le corresponderá actuar, cuáles son las expecta-

tivas y las demandas de su comunidad, cuál es su papel como factor de desarrollo económico y social.

La Investigación de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica.

Aquí quiero hacer algunas consideraciones sobre los conceptos que emanan de las anteriores ideas y que guían la planeación de la educación médica en países "receptores", como el mío, que tienen condiciones económicas y sociales muy diferentes de los países "dadores", como los Estados Unidos. Ahora, cuando los programas de medicina internacional van teniendo un vigoroso desarrollo en el cual ha tenido posición de liderazgo el personal de Salud Pública, tal vez estas ideas interesen a quienes ven la manera de aplicar su ciencia y su voluntad de servicio más allá de las fronteras de su propio país.

En primer lugar, debo mencionar que en la mayor parte de los países "receptores" existe muy escasa información sobre las necesidades de personal preparado en las diversas profesiones de la salud. Las fuentes en las cuales se basan las estadísticas son con frecuencia defectuosas, por causas que no es del caso analizar en este momento, y no se tiene una clara noción del estado de salud. En general se cuenta con datos sobre mortalidad y sobre morbilidad hospitalaria, no siempre lo exactos que fuera de desearse, y los estudios serios sobre morbilidad habitualmente se limitan a unas pocas entidades nosológicas o cubren áreas geográficas muy limitadas. No se conoce cuál es la real demanda de servicios por parte de la comunidad, y en qué medida esta demanda es satisfecha; tampoco cuál es el impacto económico de la enfermedad en términos de incapacidad, de invalidez o de costo de servicios; también se desconoce cuál es la magnitud del recurso médico, tanto humano como institucional y cuál es su utilización. La falta de esta información hace casi imposible el formular planes objetivos de educación médica o cuidado de la salud. He sido afortunado testigo del desarrollo de una investigación de transcendental importancia que espera absolver precisamente los anteriores interrogantes y que actualmente se adelanta en mi país; por acción conjunta de las escuelas médicas colombianas a través de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y del Ministerio de Salud Pública de Colombia, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud y de la Fundación Milbank Memorial, se realiza actualmente un estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica que será la más sólida base para planear estos programas en los próximos años.

La Educación de Personal en las Diversas Profesiones de la Salud.

No obstante la deficiente información existente, hay algunos datos que necesariamente deben influír en la planeación de la educación médica. Informaciones estadísticas recientes muestran la muy baja proporción de médicos por habitantes en la mayor parte de los países de la América Latina. El ritmo con el cual actualmente se forman médicos frente al déficit existente y al acelerado crecimiento vegetativo de nuestras poblaciones, muestran que está muy lejos de nuestros recursos y de nuestras posibilidades el llegar en un futuro previsible a índices comparables con los existentes en los países más desarrollados.

Una reacción natural en algunas partes, que afortunadamente no ha progresado, ha sido la de tratar de acelerar la formación de médicos con base en bajar su nivel científico, tratando de llegar a un nivel subprofesional. Estamos convencidos de que ésta es la más errónea de las soluciones, ya que la magnitud y complejidad de nuestros problemas exige precisamente la más alta capacitación por parte de nuestros médicos.

Por otra parte, se sabe que el déficit de personal auxiliar en las profesiones de la salud es aún mayor que el de los médicos. Una encuesta reciente ha demostrado una proporción de cinco médicos por una enfermera en mi país. Esta acentuada deficiencia no solamente afecta al personal de enfermería sino a todas las demás profesiones auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, estadísticos, re-educadores y fisioterapeutas, etc. Esto significa que el escaso personal médico existente está empleando buena parte de su tiempo en actividades que podrían ser delegadas a personal auxiliar y que un gran número de personas que hoy no tienen acceso a una educación superior podrían muy bien formarse en niveles intermedios para desempeñar una función auxiliar de elevada importancia social.

El Cuidado de la Salud por parte de un Equipo Multi-Profesional.

Los programas pilotos en los cuales el médico actúa como líder de un grupo pluriprofesional que atiende a grupos extensos de población han mostrado que es posible con la ayuda de personal auxiliar, multiplicar la acción médica y realizar programas de atención integral de la salud de la comunidad. En estas condiciones el escaso personal médico existente puede dedicar su esfuerzo a funciones que no son delegables. Las demás pueden ser desempeñadas eficientemente por personal que, en diversos niveles y con distintas orientaciones, encuentra una función muy definida en el cuidado integral a la salud de una comunidad, bajo la dirección y supervisión del médico. En estas circunstancias resulta evidente la indispensable cooperación del médico con otros profesionales que pueden y deben desempeñar funciones de elevada importancia en el cuidado de la salud de las comunidades: el ingeniero sanitario, el veterinario, el administrador de salud pública y el sociólogo médico cuya cooperación resulta indispensable cuando se quiere llegar a conocer a fondo los factores de orden humano y social relacionados con la prestación de servicios médicos.

Este tipo de atención médica, que por razones de orden social y económico ha de mirar más a la comunidad que al individuo y que ha de atender la salud en su más amplia concepción con énfasis especial en los aspectos preventivos y epidemiológicos, determinan patrones nuevos y diferentes de atención médica.

La Integración Académica de las Profesiones de la Salud.

Las anteriores consideraciones han mostrado a las Universidades y a las escuelas médicas que su responsabilidad va más allá de la formación de médicos. Para que la Universidad pueda responder adecuadamente a la demanda de personal que le formula la comunidad, debe atender a la formación de personal en diversos niveles y en múltiples líneas profesionales en el amplio campo de las Ciencias de la Salud. Esto ha llevado a la planeación de unidades académicas que habitualmente tienen la denominación de "Facultad de Ciencias de la Salud" y que tienen como misión reemplazar a nuestras tradicionales Escuelas de Medicina, de Odontología y de Farmacia para abordar un amplio programa docente multi-profesional en total consonancia con las necesidades de nuestras poblaciones.

Esta nueva orientación ha implicado modificaciones profundas de nuestras estructuras universitarias: en efecto, por razones de orden histórico, en nuestras universidades las líneas profesionales han estado confundidas con las unidades académicas. Esto ha significado que cada vez que ha sido necesario desarrollar programas docentes en una determinada profesión, ha sido necesario crear nuevas unidades docentes, con todas las implicaciones de orden económico y de personal que ello significa. Estas cir-

cunstancias han constituído un factor limitante de importancia para poder satisfacer la demanda de personal diversificado profesionalmente. Las nuevas Facultades de Ciencias de la Salud, al abordar con toda amplitud la formación de personal, podrán desarrollar a través de departamentos vigorosamente integrados la docencia en campos y niveles múltiples dentro de una programación general de múltiples profesiones.

Creemos que la participación en actividades comunes, especialmente de tipo extramural, de estudiantes pregraduados que se están formando en diversas profesiones, prepara desde estos niveles el equipo pluriprofesional que ha de trabajar en la práctica futura. Por otra parte, nuestros profesores han de adquirir una visión más amplia y más completa del panorama general de salud, sin perjuicio de su propia y especializada actividad.

Práctica Privada vs. Servicio Médico Público.

Por la influencia de patrones foráneos y por razones de tradición, nuestra educación médica se había orientado fundamentalmente hacia la medicina individual y curativa, es decir, el ejercicio privado de la medicina. Sin embargo, en países en donde apenas un pequeño sector de la población puede pagar sus servicios, es obvio que este tipo de educación médica no responde a las reales necesidades de la sociedad.

Ciertamente que en razón de los cambios sociales que se van produciendo en nuestros países, en pocos años hemos visto que los patrones de educación médica han cambiado en forma sustancial. Se han desarrollado vigorosos programas de seguridad social que cubren a grupos cada vez mayores de la población, el Estado va asumiendo cada vez más su responsabilidad constitucional de atender a la salud de aquellos que no pueden pagar los servicios y el número de aquellos que los pueden pagar va disminuyendo progresivamente. Parece, pues, que existe una tendencia definida hacia la socialización total de la medicina.

Esto ha determinado nuevos e importantes enfoques en los planes de estudio que no solamente implican modificaciones en el curriculum sino un cambio de actitud sustancial por parte del profesorado. Se procura incorporar las ciencias sociales como parte muy importante del plan de estudios; desde los primeros años de la carrera se busca poner al estudiante en contacto con la comunidad que lo rodea y se le enseña la medicina en el mismo medio en donde la enfermedad se produce, se investigan los factores de orden económico y social que influyen en la conservación o en la pérdida de la salud y se estudia el impacto que la enfermedad produce sobre la familia y sobre la sociedad. Se enseñan con igual jerarquía que la medicina curativa los aspectos de la medicina preventiva. Fundamentalmente se busca que el estudiante adquiera una clara conciencia de su misión social.

La Función de las Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina.

La formación de programas y de políticas a un nivel nacional ha obligado a que las escuelas de medicina salgan de su tradicional aislamiento, entren en contacto entre sí, definan sus objetivos y sus problemas comunes y establezcan planes de acción que aúnen sus esfuerzos y sus actividades. Para ello, uno de los mecanismos más vigorosos y efectivos, ha resultado ser la organización de Asociaciones Nacionales de Escuelas Médicas.

Obedeciendo a esta necesidad, en el curso de los últimos años ya se han organizado asociaciones en casi todos los países de la América Latina que tienen dos o más escuelas de medicina, y comienzan a organizarse asociaciones regionales que agrupan a países que no tienen sino una sola escuela cada uno.

Como ejemplo de lo que estas organizaciones pueden hacer para fijar altos niveles de educación médica en concordancia con las necesidades del país, puedo citar, brevemente por personal experiencia, la labor desarrollada por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, constituída por las siete escuelas de medicina que funcionan actualmente en el país.

Estructurada por los Decanos de las Facultades, después de haber identificado que la mayor parte de sus problemas eran comunes, la Asociación tiene actualmente un respaldo legal que da particular fuerza a sus decisiones y determinaciones. Ya he mencionado anteriormente cómo la Asociación está trabajando en estrecha cooperación con el Ministerio de Salud Pública en una investigación de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica, que constituirá en corto tiempo una de las bases fundamentales para la planeación de la educación médica y del cuidado médico en Colombia. Tiene la Asociación una División de Educación y Planeación que, además de estar responsabilizada por este estudio, tiene a su cargo la formulación de planes de desarrollo de la educación médica a largo plazo en Colombia. Esta división está asesorando las iniciativas que existen para el establecimiento de nuevas escuelas médicas en Colombia y procurará para ellas niveles mínimos similares a los de las ya existentes. Legalmente toda nueva escuela de Medicina en Colombia debe tener los niveles que la Asociación ha fijado.

Otra División de la Asociación estudia, en unión del Ministerio de Salud Pública y de la Asociación Colombiana de Hospitales, los hospitales existentes y los acredita para la realización en ellos de programas docentes, especialmente de internado y de residencias.

Una tercera división tiene a su cargo la certificación de especialistas en las especialidades clínicas a través de una rigurosa supervisión de los programas y de exámenes a los candidatos a certificarse.

En esta forma se ha logrado un sólido desarrollo de los programas de residencia y un elevado nivel de idoneidad para los especialistas certificados. Estos títulos están respaldados legalmente por el Gobierno Colombiano.

Finalmente, una cuarta División de la Asociación tiene a su cargo la coordinación y financiación de los estudios que sobre problemas de población se adelantan en las universidades colombianas. Conscientes de que uno de los problemas que más gravemente afectan el desarrollo del país es el crecimiento incontrolado de la población, los educadores médicos, a través de su Asociación de Facultades de Medicina han asumido posición de liderazgo en la formación de personal en los diversos campos de la demografía y en la organización de programas de investigación y de demostración sobre los problemas demográficos.

Creemos que este es un feliz ejemplo de cómo es posible aunar programas de acción y de planeación de la educación médica con miras a cumplir una responsabilidad a nivel nacional que ninguna escuela sola puede cumplir y para lo cual se necesita no solo el esfuerzo conjunto de todas las escuelas médicas, sino la más estrecha coordinación con todos los demás organismos implicados.

La Educación Médica como parte de un Plan Nacional de Salud.

Se ha llegado al concepto muy claro de que la educación médica, considerada como la educación en las diversas profesiones de la salud, no constituye en sí misma un fin, sino que debe ser un medio para llegar a objetivos globales de atención médica. Estos objetivos deben ser formulados en un Plan Nacional de Salud del cual los programas de educación médica deben ser parte prominente. Tradicionalmente ha existido un divorcio entre nuestras escuelas médicas, por

una parte, y los ministerios de salud, agencias de seguridad social e institucionales de asistencia pública, por otra parte. Esto había determinado el establecimiento de planes educativos ajenos a la realidad social, y programas de salud que no tenían en cuenta al personal que debería realizarlos. Hoy se trata de definir los objetivos comunes que todos estos organismos tienen, para que los proyectos específicos obedezcan a una programación común y se beneficien mutuamente de una estrecha relación y de un permanente intercambio.

Es indispensable que las Universidades reciban permanentemente, por parte de los organismos encargados de formular planes generales de salud, una demanda específica en cuanto a número, calidad y niveles de personal en las diversas profesiones de la salud.

Por su parte, la Universidad debe tomar parte muy activa en esta programación, especialmente a través de una de sus funciones primordiales, la investigación. Sin que se quiera coartar la libertad inherente a la investigación científica, si es de esperarse que el investigador esté suficientemente sensibilizado hacia la problemática que lo rodea para que considere como objetivo primordial de sus estudios aquellos problemas que más gravemente afectan a su propia comunidad. En esta forma la Universidad tomará parte muy activa en la formación de planes, al proponer soluciones y estudiar programas que conduzcan a una más racional y efectiva ejecución de las actividades de atención médica.

La Educación Médica como Factor de Desarrollo Económico y Social.

Todos estos son anhelos y aspiraciones de pueblos que buscan satisfacer las crecientes aspiraciones de sus gentes por mejores y más justas condiciones de vida. Se debaten en el círculo vicioso del sub-desarrollo en el cual la interdependencia entre la pobreza, la ignorancia y la enfermedad frustran todo esfuerzo, deprimen toda iniciativa y demeritan toda realización.

Al analizar estos problemas y al buscar soluciones se encuentra inmediatamente la relación constante que existe entre la pobreza y la enfermedad, la disminución de la productividad que resulta de la pérdida de la salud, y la carencia de recursos para mejorar las condiciones de vida.

Nuestros pueblos han formulado ambiciosos programas para superar esta situación que día a día se ve agravada por el creciente e incontrolado crecimiento de nuestra población. Han definido que solo podrán lograr mejores niveles de desarrollo aquellas naciones que logren elevar sus condiciones de salud y de educación. Por lo tanto, dentro de los programas formulados para alcanzar estas metas y objetivos, los planes nacionales de salud tienen una importancia primordial.

Ya hemos visto cómo los programas de educación médica y la atención a la salud se confunden dentro de un plan general de salud, por tener idénticos objetivos. Quiero ahora insistir en que, a su vez, los planes nacionales de salud, solo pueden tener una real significación si son parte de un programa general de desarrollo económico y social. Dentro de este amplio marco, cobra especial significación la educación médica como factor de desarrollo. Por otra parte, los programas generales de desarrollo quedarán peligrosamente débiles si no dan la debida consideración a la educación médica y al cuidado de la salud como factores esenciales de desarrollo económico y social.

Estamos convecidos de que solo con personal adecuadamente calificado, en número suficiente, y formado en las diversas profesiones de la salud, podremos contribuir sustancialmente al desarrollo de nuestros pueblos. Pero para ello es necesario que todo este personal tenga

una clara conciencia de su misión y de su responsabilidad, que conozca el medio social en el cual deberá actuar, que comprenda el concepto de salud como un estado de "bienestar físico, mental y social" y que su función no solo busque recuperar al hombre enfermo, sino, especialmente, conservarlo sano. Principalmente, que sepa que su acción es un importante factor de desarrollo y actúe en consecuencia.

Dicho en otras palabras, el objetivo final que persiguen los educadores médicos en los países de América Latina, es el de contribuir al bienestar de sus pueblos participando como agentes activos en su desarrollo.

CAPITULO III

PROGRAMA

AGOSTO 22, LUNES

9:00 a.m. a 6:00 p.m.	Registro e Inscripción de Delegados Hotel Tequendama.
2:00 p.m. a 5:00 p.m.	II Reunión del Consejo General de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.
5:30 p.m. a 7:00 p.m.	**Sesión Plenaria Inaugural en el Teatro Colón**
	1º Discurso del Señor Presidente de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Doctor Amador Neghme.
	2º Discurso del Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Doctor Abraham Horwitz.
	3º Discurso del Señor Ministro de Salud Pública de Colombia. Doctor Antonio Ordóñez Plaja.
	4º Discurso del Señor Presidente de la República. Doctor Carlos Lleras Restrepo.
7:15 p.m. a 9:00 p.m.	Recepción de bienvenida ofrecida por el Señor Alcalde Mayor de Bogotá.

AGOSTO 23, MARTES

8:00 a.m. a 12:00 m.	Continuación de Registro e Inscripción de Delegados; Hospital Militar Central, 7º Piso.
9:30 a.m. a 11:00 a.m.	Sesión Plenaria Preparatoria.
	1. Instrucción sobre metodología y reglamento de la Conferencia. Doctor Bernardo Moreno, Colombia.
	2. Elección de Presidente y proclamación de la Mesa Directiva de la Conferencia.
	3. Introducción al tema "Educación Médica, Factor en el Desarrollo Económico y Social". Ponente: Profesor Guillermo Adriásola, Chile.
11:15 a.m. a 12:30 p.m.	Instalación de los Grupos de Trabajo.
2:30 p.m. a 5:30 p.m.	Reunión en grupos de trabajo para discusión del Tema. I (Tópico I: "Evolución Social y Progreso Científico, su Relación con la Educación Médica").

5:30 p.m. a 8:00 p.m. Reunión de Presidentes, Relatores y Coordinadores para la discusión del informe preliminar del Tópico I.

AGOSTO 24, MIERCOLES

9:00 a.m. a 9:30 a.m. Sesión Plenaria.

Planificación de Salud. Conferencia a cargo del Profesor Hugo Behm de Chile.

9:45 a.m. a 12:30 p.m. Reunión en grupos de trabajo para continuar la discusión del Tema (Tópico II: "Educación Médica y la Estructura Sanitaria Nacional").

2:30 p.m. a 4:00 p.m. Sesión Plenaria.

1. Mesa Redonda sobre "Estudios Básicos Generales" en la Educación Médica".

   Moderador:
   Profesor Oscar Versiani Caldeira, Brasil.
   Participantes en la mesa:
   Dr. John A. D. Cooper de EE.UU.
   Dr. Alvaro Fonseca S. de Costa Rica.
   Dr. Hernando Groot, de Colombia.
   Dr. Eduardo Skewes, de Chile.

4:00 p.m. a 5:00 p.m. 2. Debate por inscripción previa.

5:15 p.m. a 8:00 p.m. Reunión de Presidentes, Relatores y Coordinadores de cada grupo. Redacción del Informe Preliminar del Tópico II.

AGOSTO 25, JUEVES.

9:00 a.m. a 10:00 a.m. Sesión Plenaria.

1. Asuntos Estudiantiles. Conferencia a cargo del Profesor Leopoldo Chiappo, del Perú.

2. Debate por inscripción previa.

10:15 a.m. a 12:30 p.m. Reunión de grupos de trabajo para continuar la discusión del Tema (Tópico III: "Organización del Curriculum Médico para atender las necesidades cambiantes de la Sociedad").

12:30 p.m. a 2:00 p.m. Reunión de Presidentes, Relatores y Coordinadores de cada grupo. Redacción del Informe Preliminar del Tópico III.

2:30 p.m. a 5:30 p.m. Reunión de grupos de trabajo para continuar la discusión del Tema (Tópico IV; "Planeación de Nuevos Programas en Educación Médica").

5:45 p.m. a 8:00 p.m. Reunión de Presidentes, Relatores y Coordinadores de cada grupo. Redacción del Informe Preliminar del Tópico IV.

AGOSTO 26, VIERNES

9:00 a.m. a 10:30 a.m. Sesión Plenaria.

Mesa Redonda: Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Sus objetivos Generales y su Organización.

Moderador:
Profesor José Félix Patiño, de Colombia.
Participantes en la Mesa:
Dr. Ernani Braga, Brasil.
Dr. Robert C. Berson, EE.UU.
Dr. Wendell MacLeod, Canadá.
Dr. Daniel Orellana, Venezuela.
Dr. Oscar L. de Goycoechea, Argentina.
Dr. Félix Náquira V, Perú.
Dr. Miguel R. Barrios, México.

10:45 p.m. a 12:30 p.m. Reunión de cada uno de los grupos de trabajo, para discutir los respectivos informes preliminares sobre los cuatro tópicos.

2:30 p.m. a 5:30 p.m. Reunión de los Relatores de cada grupo con el Relator General del Tema.

5:30 p.m. a 8 8:00 p.m. Elaboración del Relato General.
Dr. Luis Guillermo Forero Nougués, de Colombia.

2:30 p.m. a 6:00 p.m. Programa Social y Turístico para los demás Delegados.

AGOSTO 27, SABADO

9:00 a.m. a 11:30 a.m. Sesión Plenaria de Clausura.

1. Lectura del Relato Final del Tema.
   Dr. Luis Guillermo Forero Nougués.

2. Discusión del Relato Final.

3. Discurso de Clausura a cargo del Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Dr. Gabriel Velásquez Palau.

12:30 p.m. Almuerzo de Clausura.

3:00 p.m. Reunión del Comité Administrativo de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

NOTA: Durante las Sesiones Plenarias y la II Reunión del Consejo de la Federación se dispondrá de traducción simultánea en dos idiomas: Español e Inglés.

Si las circunstancias así lo exigen, estas facilidades serán ampliadas a algunas de las Comisiones de Trabajo.

PROGRAMA SOCIAL

AGOSTO 22, LUNES

7:15 p.m. a 9:00 p.m. Recepción de bienvenida ofrecida por el Señor Alcalde Mayor de Bogotá.

AGOSTO 23, MARTES

6:00 p.m. Ceremonia de Inauguración del Museo de Historia de la Medicina Colombiana.

Facultad de Medicina, Universidad Nacional. (El Museo permanecerá abierto de 8 a.m. a 7 p.m. de Martes a Viernes).

AGOSTO 25, JUEVES

6:00 p.m. Teatro Colón. Presentación de la Coral y del Teatro de Estudio de la Universidad Nacional.

AGOSTO 26, VIERNES

12:45 p.m. Almuerzo campestre ofrecido a los Delegados por la Universidad Nacional.
Estadio de la Universidad Nacional.

AGOSTO 27, SABADO

12:30 p.m. Almuerzo de Clausura.
Club "Los Lagartos".

DISCURSO DEL PROFESOR AMADOR NEGHME * EN LA SESION PLENARIA INAUGURAL

Feliz y singular coincidencia ha sido que la Primera Conferencia General de Asociaciones de Facultades de Medicina se realice en tierra colombiana y que se inaugure con la presencia ilustre de su Primer Mandatario, Excmo. Sr. Carlos Lleras Restrepo, casi en el momento mismo en que comienza una ruta esperanzada para el destino de su pueblo.

Creemos con fundamento que, desde este solar, lugar de nacimiento de una idea integradora del Continente, podremos columbrar y trazar con más nítida claridad la perspectiva de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina en su sentido de compartimiento de las experiencias de cada país en educación médica, de estudio de su problemática y de análisis de las soluciones posibles para sus crecientes perfeccionamientos y progreso. Esta aspiración no constituye un fin, sino un medio para aligerar la carga de enfermedad y muerte prematura y para acelerar el desarrollo y el bienestar de nuestras naciones. Así entendida, contribuye, por la naturaleza y nobleza de sus propósitos, a crear puntos de cohesión, a fundir voluntades en la tarea común y a consolidar el espíritu fraterno y solidario que debe trazar e impregnar la imagen de nuestra América del presente y del futuro.

Es también, vuestra tradición universitaria y de promoción de ideas, la que confiere un significado trascendente a la sede de esta Conferencia. No podemos olvidar, en este instante solemne, que Colombia ha sido y es núcleo activo de irradiación cultural. A través de sus escritores, estadistas, filólogos y hombres de ciencia ha ejercido influencia indiscutida en la vida intelectual americana, en cualquier tiempo y momento de su quehacer histórico. No es de extrañar, entonces, que en el ámbito de la educación médica haya desempeñado, igualmente, un papel descollante y que la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina pueda exhibir durante más de un decenio, una labor de liderato, reguladora, orientadora y de organización de la más alta jerarquía.

Creo interpretar el sentimiento unánime de todos los miembros de la Federación al reiterar nuestros reconocimientos y satisfacción por reunirnos en vuestra inspiradora tierra y, al mismo tiempo, por la alta significación que tiene la presencia del Jefe del Estado, tanto por su elevada investidura como por sus conceptos acerca de la educación médica. Tuve el privilegio de leer el discurso programa del Excmo. Sr. Carlos Lleras Restrepo, en el cual señala la prioridad que tienen la educación médica y la preparación de personal para las profesiones auxiliares, en todo plan operativo de salud. En esa oportunidad, señaló algunos problemas fundamentales del acele-

* Presidente de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

rado crecimiento demográfico, del desarrollo en este país y de su política de planeación familiar, nutricional, de salud pública y de seguridad social, que tienen extraordinaria similitud con los de los demás países de Meso y Sudamérica. Subrayó el Dr. Lleras Restrepo, en ese documento, aspectos que representan un verdadero desafío para las diversas Asociaciones y Facultades de Medicina y que son: La insuficiencia de recursos humanos y materiales y el inadecuado aprovechamiento de los que existen. A la vez señaló la naturaleza que, a su juicio, deben tener los programas docentes y de formación profesional médica y paramédica dirigidos al servicio de las comunidades y orientados hacia un cambio del concepto primigenio de la función del médico hasta darle "ese sentido social que marca con su signo todas las manifestaciones de la vida contemporánea".

No he de referirme en esta oportunidad a la labor ya desarrollada por la Federación de Facultades de Medicina, en su carácter de organismo no gubernamental, exclusivamente educacional y científico y en cuanto a su contribución organizada y progresiva al perfeccionamiento de la educación médica de las Américas. Corresponderá al Consejo y a su Comité Administrativo el conocimiento y discusión de ese balance, para determinar la política de la Organización y sus programas de acción en los años por venir. Sin embargo, deseo reafirmar nuestra preocupación frente a la extraordinaria diversidad de los aspectos cualitativos y cuantitativos de los recursos médicos y de colaboración médica en América. Indispensable es, por tanto, definir una política continental para abordarlos, en estrechas asociación e identidad de propósitos con las expectativas del desarrollo, con las necesidades de atención médica integral de nuestros pueblos y con el acelerado aumento de sus habitantes.

Bastaría solo mencionar un ejemplo para justipreciar la relevancia de ese problema. Si quisiéramos mantener hasta 1980 nuestra tasa actual de médicos por 10 mil habitantes —que se presume deficitaria— necesitaríamos formar cerca de 80 mil nuevos médicos. Ese período alcanza a cubrir sólo dos promociones completas de estos profesionales. Utilizando las cifras conocidas en 1962, la Organización Panamericana de la Salud estimó el año pasado que 140 mil médicos atendían a los 240 millones de habitantes de América Latina. Calculó que para la población de 374 millones en 1980, se requeriría más de 210 mil médicos, lo que daría apenas una razón de 5.6 médicos por diez mil habitantes. Esta proporción será tan insuficiente como lo es en la actualidad o aún más, sobre todo si se toman en cuenta los problemas de concentración urbana de la población médica, como fenómeno predominante en América Latina y la dispersión o carencia de recursos médicos en los poblados o áreas rurales; las necesidades de investigar y de satisfacer la demanda real de la atención médica en las condiciones presentes y en las de un mayor desarrollo económico, social y cultural; el imperativo de mejorar la calidad de esa atención y los recursos más amplios que exige la integración de las acciones médicas.

De igual o mayor gravedad es la escasez de enfermeras, matronas, técnicos de laboratorio, educadores, nutricionistas, administradores de servicios médicos, ingenieros sanitarios y oficiales de saneamiento, cuya contribución al mejor rendimiento de los médicos y a una racionalización eficaz de los servicios, no admite objeciones. En el campo de la enfermería, por ejemplo, necesitaríamos triplicar la formación de esos profesionales solamente para lograr una proporción médico-enfermera menos insuficiente que la actual.

Pues bien, el problema del incremento de los médicos genera inmediatamente el de los profesores y el del personal docente, cuyo bajo número es notorio aún

para los actuales niveles de la enseñanza. Aún más, faltan medios docentes para el perfeccionamiento del profesorado, que exige del magisterio, no solo una competencia especial en cada una de las disciplinas que cultiva, sino aptitudes y cualidades intelectuales y pedagógicas sobresalientes para la formación de personalidades en desarrollo, como son nuestros jóvenes educandos; para reforzar el concepto unitario del saber y para adecuar un armónico equilibrio entre la educación humanística y la científica. Todavía más, necesitamos reforzar la investigación científica como fuente nutricia de la enseñanza universitaria, a fin de que lleguemos a enriquecer y a ampliar las características peculiares y propias del saber y el pensamiento original, que crean el ambiente propicio para la búsqueda de la verdad y para transmitirla.

Se ha logrado acumular un valioso acervo de antecedentes y de conocimientos acerca de la formación de docentes y de actividades de perfeccionamiento del profesorado, a través de las Conferencias de Facultades Latinoamericanas de Medicina, de las Asociaciones Nacionales y de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina. El especial interés de este tema justifica plenamente que la coordinación de centros de entrenamiento científico y docente para profesores e investigadores en ciencias médicas, siga constituyendo una de las principales líneas de acción de la Federación y que se estén dando los pasos para su estructuración en programas operativos concretos. Otro tanto cabe decir con respecto a los planes de perfeccionamiento para educadores médicos, incluyendo a decanos y directores de escuelas y a profesores de asignaturas básicas y clínicas. En la misma forma, existe gracias a nuestra labor conjunta y, en especial, a las deliberaciones de Poços do Caldas, todo un cuerpo de doctrina referente a los requisitos mínimos que debe reunir una escuela de medicina y a la definición de lo que se entiende por capacidad docente.

Se ha reafirmado, también, el principio de la preservación de la alta calidad de la formación profesional médica, como norma ineludible para nuestros países en desarrollo. Una excelente síntesis de la opinión dominante en esta materia la dio el profesor Alejandro Jiménez Arango, durante la Cuarta Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina en 1964. "Los problemas de salud —dijo el Dr. Jiménez en esa ocasión— no podrán ser adecuadamente afrontados, sino por profesionales con muy sólida preparación. Resulta mucho más fácil el ejercicio de la medicina en un hospital general de una ciudad populosa que en un área rural, en donde se debe atender no solamente a las personas individuales sino a la comunidad, muchas veces con escasos elementos, sin asesoría ni supervisión, dentro de un ambiente poco receptivo y carente de estímulo para quien no lo comprende. El tratar de resolver los problemas de salud de nuestros pueblos, rebajando la calidad de los médicos para multiplicar su número, lejos de solucionarlos los agrava, al colocarlos en manos incompetentes".

En verdad, desearía resumir otros asuntos esenciales que han concentrado el interés de la Federación o que marcan su camino hacia el futuro. Me limitaré, en obsequio a la naturaleza de este Acto, a mencionarlos, con la seguridad de que este simple enunciado permitirá interpretar su espíritu. Ellos son:

—Organización y fortalecimiento de las Asociaciones Nacionales de Escuelas Médicas, programa para el cual hemos contado con el concurso financiero de la Fundación Milbank;

—Preparación y distribución de textos de estudio y materiales de enseñanza, en estrecha colaboración con la Organización Panamericana de la Salud;

—Promoción de medidas destinadas a proporcionar asistencia financiera a es-

tudiantes bien dotados y de precarios recursos económicos;

—Fomento del intercambio de profesores y de la asistencia técnica, educacional y pedagógica a las escuelas;

—Publicación de la Revista "Educación Médica y Salud" en combinación con la Organización Panamericana de la Salud.

Para el futuro inmediato, se proyecta agregar a esos programas los de educación graduada; estudios básicos generales; perfeccionamiento del profesorado, centros médicos universitarios, extendiendo para ello nuestra acción a todas las profesiones de la salud y a la administración; creación de Oficinas filiales de la Federación en varios países de nuestro Continente y fortalecimiento de la Dirección Ejecutiva. Un programa especial deberá delinearse para promover el mejoramiento de los hospitales universitarios y facilitar su funcionamiento como ejes de los centros de salud de la comunidad.

Podríamos afirmar que, después de las etapas de organización y de planeación de las actividades de la Federación, hemos entrado, a la fase del "despegue" en la realización de sus objetivos fundamentales. Este hecho coloca, en el primer lugar de las deliberaciones del Comité Administrativo, el problema de la revisión de las bases de financiamiento de la Federación.

Esta oportunidad es propicia para expresar al supremo Gobierno de la República de Colombia, nuestros agradecimientos más sinceros por su generosa aportación y estímulo a la realización de este torneo. Renovamos, al mismo tiempo, nuestra profunda gratitud a las Fundaciones Milbank Memorial Fund, Rockefeller y Kellogg por su valiosa ayuda, que ha contribuído a la aglutinación de las escuelas médicas del Continente tras un ideario de unidad, renovación y adelanto. Inolvidable ha sido el apoyo que nos ha prestado para ese fin la Organización Panamericana de la Salud, durante la administración del Prof. Abraham Horwitz, apoyo que incluye desde el reconocimiento de la Federación por su Consejo Directivo como organismo no gubernamental representativo de las escuelas médicas de las Américas, hasta su intervención y participación activas en muchos de nuestros programas. Proclamo con idéntico espíritu la excelencia de la colaboración que nos han entregado las Asociaciones Nacionales y las Facultades de Medicina aisladas y cada uno de los miembros del Consejo, de la Mesa Directiva y de la Comisión Administrativa, merced a la cual la Federación ha alcanzado la importancia que tiene en el contexto educacional del continente. Para vosotros, señores Decanos, Directores y profesores de escuelas de medicina y para la Comisión Organizadora de esta Primera Conferencia General, vaya nuestro mejor saludo y el testimonio público de nuestro hondo reconocimiento por vuestros consejos, abnegación y asistencia.

Esta Conferencia General constituye una demostración más de que no hay posiciones insulares en educación médica o en la enseñanza universitaria. La idea de universidad se confunde con la de universalidad y con la de unidad, o sea, de aquello que no está dividido en sí mismo. Ahora más que nunca tal acepción adquiere la más absoluta validez, en el plano de las relaciones externas y en el ámbito de lo interno. Frente a las tareas del desarrollo de nuestras naciones representa una obligación ineludible la integración de ellas para alcanzar sus metas y en lo interno, se impone la asociación multidisciplinaria para correlacionar los objetivos de la educación médica con la estructura sanitaria nacional y con los planes generales de la evolución económica, social y cultural de cada país.

Por supuesto que esa obligación no significa la conversión de la Universidad en una agencia del desarrollo, gubernamental o nó, ni el menoscabo de su libertad para tomar decisiones y llevarlas a cabo, de acuerdo con la concepción irrestricta de su misión. En educación médica, es atribución privativa de la Universidad el dar respuesta eficaz a los requerimientos que los problemas generales de salud le plantean, sin subordinación a nadie, pero con toda la información y coordinación que sea necesaria.

La libertad de investigación, la de enseñanza y la de comunicación conforman la esencia de la vida de la Universidad. Sin ellas, su propia existencia se torna yerma o se extingue. La fortaleza de la Universidad descansa en su espíritu y, por lo mismo, puede alcanzar un pleno desenvolvimiento de su misión y de sus fines en un ambiente en que el Estado y la comunidad de docentes y discípulos que la integra sientan hacia ella el respeto que se debe a su independencia. Por paradoja, su debilidad reside, también, en esa característica, y no pocas veces, la consigna, la presión y aún la violencia pretenden sustituír la libertad académica por la voluntad de poder de las ideologías, de los sectarismos de partido o de la propaganda interesada. Tales riesgos no solo derivan de quienes, por concurrir a su financiamiento y a su vigilancia administrativa, se pueden sentir inclinados a ampliar su patronazgo hasta rebajarla, colocándola íntegramente al servicio del Gobierno o de intereses transitorios. También ese peligro puede originarse dentro de los muros de la Universidad, por aquellos —profesores graduados o estudiantes— que, sin apreciar el alto valor de esa convivencia espiritual, pretenden aprovechar esa libertad para la coacción o la imposición arbitraria de ideas políticas o de otro orden, en vez de someterlas a las oportunidades que dan estas Casas de Estudio para su examen y discusión racional.

La realidad es que esos riesgos los estamos viviendo en algunos países americanos, en este mismo momento y, frente a ellos, consideramos de nuestro deber expresar nuestro más franco repudio y reafirmar la necesidad del más celoso cuidado de la autonomía universitaria, que permita preservar ese ámbito de actividad creadora y de indagación y transmisión de la verdad.

Dentro de poco, empezaréis las deliberaciones de la Conferencia. Estoy cierto de que en vuestras ideas y en el intercambio de opiniones en las Asambleas Plenarias y en los grupos de trabajo estará siempre presente la finalidad última de vuestros afanes y desvelos. Ningún concepto, por más elaborado que sea, tiene valor si no se basa en su auténtica dimensión y connotación humanas. Detrás de las palabras y de los guarismos de nuestros planes y programas, se encuentra el hombre; el que en el fondo de la mina extrae la riqueza, el que produce alimentos, levanta edificios y catedrales, abre caminos, labora en la fábrica, investiga, crea y sueña. El hombre que es actor y objeto de la aventura del desarrollo y que necesita salud para impulsarla y consolidarla. Ahí está ese ser que, si en el pasado recibió atención médica de la caridad, la pidió después del humanitarismo, ahora la reclama, con acento cada vez más vigoroso, como un derecho inalienable de su propia naturaleza y del papel que desempeña en la sociedad. A tan elevado propósito de solidaridad humana, estoy cierto que ofrendaremos todas nuestras preocupaciones, pensamientos y esfuerzos y nuestras más puras convicciones como universitarios.

DISCURSO DEL DOCTOR ABRAHAM HORWITZ * EN LA SESION PLENARIA INAUGURAL

Lo que inspira esta Conferencia, el desarrollo social y económico de las Américas, ha llegado a ser, en lapso breve, el tema de nuestro tiempo. Lo singular es que preocupe a las Universidades más allá de las ideas y métodos y de la investigación para interpretar ciertos fenómenos y determinar caminos nuevos de acción. Porque el temario revela que las Facultades de Medicina del Continente están interesadas en analizar el desarrollo en su esencia y en sus consecuencias e incorporarlo al proceso docente en toda su extensión. Es más, quieren precisar en qué medida la educación médica es factor para promover el crecimiento en la economía y los cambios en las estructuras que aparecen indispensables a fin de mejorar el bienestar individual y fomentar el progreso social. Es evidente que esperan que un examen similar se haga en las otras Facultades Universitarias, de tal forma que la educación superior prepare los profesionales y técnicos que los países requieren en este momento de su evolución histórica y en los que vendrán.

Los Gobiernos han hecho profesión de fe en documentos que ya son históricos a pesar de haber sido dictados en fecha muy reciente: El Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este. Los propósitos que en ellos se enuncian han logrado producir resultados concretos pero, por sobre todo, una revolución de las conciencias por el bien común, preludio indispensable para toda acción sistemática en una empresa tan vasta, de tanta complejidad y que afecta a millones de seres humanos. Insistir en medir sus efectos exclusivamente por las obras realizadas —y así criticarla— es ignorar la esencia de todo el proceso y las influencias negativas que limitan o hacen lento el desarrollo. Destacar la voluntad de pueblos y gobiernos, la larga serie de actividades conducentes a un progreso continuado, reconociendo las vicisitudes que viven las Américas, es proceder racionalmente y contribuir con opiniones positivas al esfuerzo continental. Entre estas opiniones son esenciales las que provienen de la Universidad. ¿Cómo podrían ellas permanecer ajenas a las ideas que, con vigor creciente, se expresan en las Américas sobre integración económica e interdependencia política? ¿Cómo no pronunciarse sobre los organismos y los instrumentos jurídicos e institucionales para darle a los problemas comunes soluciones compatibles con los intereses de cada país y con los de las Américas, consolidando así su identificación entre las naciones del mundo? Que el proceso avanza lo revelan las declaraciones de hace pocos días de Excelentísimos Señores Presidentes de la República, sobre el significado y la urgencia de crear una Comunidad Económica de la América Latina y el análisis que de ella han hecho, en repetidas oportunidades, distinguidas personalidades del Continente definiendo su marco institucional. Estamos convencidos que este propósito se verá extraordinariamente sustentado si se organiza, y en lo posible, antecede, una Comunidad Científica, un verdadero "Mercado Común Intelectual", el que, emergiendo de las Universidades, vaya creando el clima y los mecanismos para que cultores de cada disciplina determinen las proyecciones que ella tiene para el desarrollo y sobre esas bases orienten la investigación y realicen la enseñanza.

A tono con estas consideraciones interpretamos los fines de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, reconocida oficialmente por la Organización Panamericana de la Salud y a la cual nos sentimos muy gratamente ligados. Así interpretamos también el tema central de esta Conferencia. Porque al identificar a la educación médica como un factor en el desarrollo económico y social se propone extenderla en dimensión sin vulnerarla en contenido. Se trata, en síntesis, de darle una finalidad que desborda su naturaleza biológica, porque va más allá de los fines inmediatos, como son, la prevención y la curación de las enfermedades y el fomento de la salud y la incorpora, como un servicio, al bienestar individual y colectivo. La enseñanza debería considerar cuidadosamente los problemas de salud y su dinámica en las sociedades, los recursos y servicios con que cuenta el Estado y el sector privado de la economía y su tendencia, la relación eficiente de profesionales y auxiliares, los rasgos de la cultura en cuanto influencian la salud individual y colectiva, las características del proceso económico del país, "las fuerzas y circunstancias que determinan el comportamiento humano y social", ésta última una expresión del temario de esta Conferencia.

Como dijimos, al ampliar la dimensión de la educación médica no deberíamos vulnerar su contenido. Con otras palabras, el análisis de cada fenómeno y proceso, normal o patológico, debe evidentemente hacerse de acuerdo con los conceptos y técnicas modernos e interpretar estos últimos en relación con el todo que es cada ser humano como unidad biológica y como entidad social. Porque la educación médica debe ser contemporánea, en cuanto a principios y métodos y tradicional, en cuanto a valores y rasgos culturales.

Pensemos que, en última instancia, esta Conferencia se propone sentar las bases para planificar la enseñanza de la medicina. Al hacerlo, quisiéramos que se tuvieran presentes las ideas de Myrdal: "Hay en toda planificación, por profundamente enraizada que esté en amplios estudios de los hechos, una creencia en la razón como fuerza independiente en la historia, y en la libertad de elección, por las cuales puede el hombre modificar la realidad a su gusto y cambiar el curso del devenir futuro. En esencia, la planificación es el ejercicio de un concepto no determinista de la historia, aunque reconozca las limitaciones que imponen las circunstancias y las fuerzas imperantes y sus mutuas relaciones causales". [1]

El problema crucial que se presenta a los educadores es, en mi sentir, el diferenciar lo que debe enseñarse de una ciencia y arte en permanente modificación, como consecuencia de una de las más activas e intensas investigaciones científicas. Es el viejo conflicto entre principios y prácticas, que quisiéramos ver armonizados con miras a motivar a los estudiantes para que aprendan a pensar por sí mismos, a medida que se imponen de ellos y que perfeccionen su juicio al valorar los conocimientos adquiridos en términos de su propia experiencia. Si todo el proceso docente se organiza a tono con los objetivos del desarrollo económico y social, podrían estos servir de base para determinar lo que debe enseñarse con el fin de resolver los problemas de mayor incidencia con los recursos humanos y materiales existentes, mientras se preparan y capacitan los profesionales y auxiliares indispensables. Todo ello con la debida consideración a la calidad de la enseñanza. Porque darle prioridad a lo que es frecuente, o reconocer que determinadas acciones pueden ejecutarlas auxiliares, no es sinónimo de aceptar médicos de formación deficiente.

No concebimos un sistema económico que no tenga fines humanitarios. No podemos encontrar mejor apoyo a esta tesis que el de un intérprete insigne de la realidad de la América Latina, su Excelencia el Señor Presidente de la República. Decía en ocasión reciente: "La po-

* Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

1 Myrdal, G., "El estado del Futuro", pág. 19, Fondo de Cultura Económica, México 1961.

lítica y la economía suelen describirse, la primera como el arte de lo posible y la segunda como una disciplina que tiene por función esencial identificar ciertos fenómenos propios de la producción, distribución y consumo de la riqueza y señalar las relaciones que entre ellos existen. Pero lo posible debe ser parte de un fin más completo concebido como concreción práctica de un ideal, y del manejo de los fenómenos económicos no puede estar nunca ausente el principio humanístico, el concepto de que la actividad económica debe traducirse en el progresivo mejoramiento moral, cultural y material de los hombres por el proceso de un desarrollo armónico".

El que la Conferencia se realice en Colombia, que es la primera de la Federación y que se concentre en el tema a que nos hemos referido, nos parece muy apropiado. Es evidente el progreso de la Educación Médica en la América Latina en los últimos 20 años, lo que se denota por haberse duplicado el número de Escuelas, aumentando proporcionalmente la producción de médicos y mejorando su calidad. En este progreso, Colombia a marcado rumbos gracias a la labor de una pléyade muy distinguida de educadores, de surgir reciente, quienes se propusieron reformar la enseñanza de doctrinas, en sustancia, en métodos y en esfera de acción. Dieron origen a un movimiento que continúa vivido hasta hoy y cuyo eje ha sido la Asociación de Escuelas de Medicina, un verdadero modelo en su género, la que ha logrado crear eficientes relaciones con el Ministerio de Salud y otros organismos del Estado y un sentimiento de respeto entre instituciones similares del Continente. Nueva muestra de su cometido es la organización de esta Conferencia. Lo es, además, su participación en el Estudio sobre Recursos Humanos para la Salud que se realiza desde hace 2 años en Colombia, por acción conjunta del Gobierno, la Fundación Milbank Memorial, la Asociación y la Organización Panamericana de la Salud. La información que se está reuniendo será de vital importancia para la formulación del Plan Nacional de Salud del país. Tendrá valor, igualmente, para revisar el proceso de formación de los médicos y de los demás profesionales y técnicos que requieren los servicios del país. Establecerá una verdadera metodología que será puesta a disposición de los Gobiernos del Continente que se interesen por realizar una investigación similar. Pensamos que para estructurar racionalmente la enseñanza, la información sobre los recursos humanos actuales y los que serán necesarios en los próximos años, de acuerdo con el crecimiento de la población y las tendencias de la economía, es un instrumento muy valioso. Es posible que después de un detenido análisis de esta cuestión, la Conferencia coincida con nuestra apreciación.

Dijimos que el desarrollo económico y social es el tema de nuestro tiempo. El que lo examinen personalidades distinguidas, responsables de la educación médica, revela su preocupación por el destino de las Américas. Porque si se quiere fomentar un desarrollo genuino, auténtico, no de imitación o adopción, la formación universitaria debe armonizarse con sus objetivos inmediatos y de largo plazo. Como lo señalara Ortega y Gasset, "en un momento dado en la historia, la Universidad debe intervenir como tal, preocupándose de los grandes problemas del día desde su propio punto de vista cultural, profesional, y científico. Así no será una Institución solo para estudiantes, un claustro diseñado para una minoría, una élite: sino que colocada en el centro, en la corriente principal de la vida, con sus urgencias y sus pasiones, debe imponerse como uno de los más altos poderes espirituales, representando la serenidad frente al frenesí y la sutileza seria frente a la frivolidad. Así la Universidad volverá a ser lo que fue en su mejor hora: una fuerza viva en la historia del mundo occidental.[2]

2 Ortega y Gasset "Misión de la Universidad".

DISCURSO DEL DOCTOR ANTONIO ORDOÑEZ PLAJA MINISTRO DE SALUD PUBLICA EN LA SESION PLENARIA INAUGURAL

Es particularmente grato y honroso para Colombia que la I Conferencia General Médica de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina se realice en este país y que ello ocurra una semana después de haberse dado en su capital un paso trascendental en el proceso de integración de las naciones del Continente Americano.

La Federación no es la resultante de una improvisación ni de una imposición; por el contrario: la urgencia de dar respuesta a una necesidad sentida de los educadores médicos del hemisferio que, espontánea y simultáneamente han querido aprovechar los factores comunes que los unen respetando al mismo tiempo las características nacionales y regionales, es lo que los ha llevado a crear este organismo que facilita el intercambio de puntos de vista y la cooperación en programas. Este hecho garantiza a la vez la autenticidad de la Federación y augura que su vida será larga. La calidad intelectual de sus componentes, la altura de los propósitos que persigue y la objetividad de los métodos que se están empleando para lograr esos fines, permiten asegurar que a más de larga, la vida de la Federación será fecunda.

El temario de esta Conferencia, en perfecta concordancia con la realidad contemporánea a nivel internacional y con los programas de transformación del Gobierno del Presidente Lleras, está, por otra parte, en armonía con uno de los más profundos pensamientos de Henry E. Sigerist: "La posición del médico en la sociedad nunca está determinada por el médico mismo, sino por la comunidad a la cual sirve".

El acto médico, entendido en su más amplio sentido, es decir, el que un ser humano se preocupe por otro ser humano cuando este último ha perdido la salud, y trate de ayudarle a recobrarla, arranca de la más remota antigüedad. Hasta el siglo pasado, la relación entre el enfermo y quien lo asistía se realizaba casi exclusivamente en el campo mágico-empírico; desde entonces hasta nuestros días, la ciencia ha ido influyendo cada vez más, con resultados de todos conocidos y que pueden expresarse de muchas maneras: bastaría citar la tendencia creciente de la esperanza de vida al nacer.

La enseñanza de la medicina, y en general de las profesiones de la salud, en una sociedad con escasa movilidad geográfica y social se pudo efectuar tradicionalmente sin mayores traumatismos hasta hace pocas décadas; recientemente, en particular después de la primera guerra mundial y la crisis del año treinta, los cambios sociales vienen sucediéndose a un ritmo tan acelerado que no han permitido efectuar los ajustes necesarios con la debida oportunidad. Así, un buen número de Escuelas de Medicina sigue preparando a sus alumnos para el ejercicio privado de la profesión, cuando la realidad nos muestra que, como profesionales, una gran parte de su tiem-

po, si no todo, tendrá que ser empleado dentro de organismos más o menos socializados. Por otra parte cada día es más notorio que vivimos en una sociedad pluralista la mayoría de cuyos componentes goza, o aspira a gozar, de gran movilidad social y se ve forzada a cambiar de ubicación y actividad varias veces en el curso de la vida.

La preparación del médico en los aspectos meramente técnicos de su profesión, que consume muchos años e implica inversiones cuantiosas, es ya insuficiente. Frecuentemente encontramos comunidades que disponen de un número teóricamente adecuado de recursos humanos, pero que no se utilizan apropiadamente por deficiencia de los mecanismos administrativos o por desconocimiento de las normas de comportamiento de los grupos sociales. Una nueva dimensión se le exige al profesional de la salud: para poder dar cuidado integral al paciente, tiene que comprender la dinámica social, la psicología individual y colectiva y, en general, lo que se ha convenido en denominar ciencias del comportamiento. Para poder orientar campañas de salud pública, el personal requiere un conocimiento lo más exacto posible de las características culturales de las zonas donde pretende actuar; sin tales conocimientos se ve muy limitado para comprender las necesidades sentidas de una comunidad y no está en capacidad de armonizarlas con las necesidades reales de la misma cuando, como sucede con frecuencia, ellas no coinciden.

En la mayoría de nuestros países, la necesidad de aunar esfuerzos para evitar duplicaciones y para utilizar al máximo los escasos recursos del personal capacitado en el campo de la salud, ha producido un interesante fenómeno que refuerza la hipótesis que enuncié hace algunos momentos: los educadores del Continente están buscando soluciones similares para problemas comunes. Un ejemplo en Colombia lo constituye el Estudio de Recursos Humanos para la salud y la Educación Médica, que se está ejecutando bajo la dirección conjunta del Ministerio de Salud Pública y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, con la cooperación —que considero oportuno agradecer en este momento— de la Organización Panamericana de la Salud y de la Fundación Milbank Memorial. Esta investigación tiene interés internacional por sus características de estudio piloto; para Colombia es de interés específico ya que le permitirá, a fines de este año, establecer un diagnóstico de la situación real en cuanto a morbilidad, mortalidad y recursos de que disponemos para prevenir la primera y retardar la segunda. Estos datos son indispensables para la formulación técnica de un plan nacional de Salud y darán las bases para que los programas de educación en las ciencias de la salud estén acordes con las necesidades presentes y previsibles del país.

Señores participantes de esta Conferencia: en la seguridad de que las deliberaciones que hoy se inician no sólo producirán conclusiones concretas y viables sino que, además, fijarán el punto de vista de este hemisferio para presentarlo en el próximo Congreso Mundial de Educación Médica en Nueva Delhi, quiero hacer llegar a Uds., junto con la más cordial bienvenida, las expresiones de complacencia y agradecimiento del Ministerio de Salud Pública de Colombia por el hecho de que dediquen su inteligencia, su voluntad de servicio y su tiempo a sentar las bases que permitirán llevar mejores servicios de salud a un número cada vez mayor de seres humanos.

DISCURSO DEL DOCTOR CARLOS LLERAS RESTREPO, PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, EN LA SESION PLENARIA INAUGURAL

Señor Director de la Organización Panamericana de La Salud; Señor Presidente de la Federación de Asociaciones de Facultades de Medicina; Señores Miembros de la Primera Conferencia General de Educación Médica:

Para Colombia es al mismo tiempo honroso y satisfactorio el que se haya escogido a la ciudad de Bogotá como sede de esta Primera Conferencia General. Personalmente me explico el que se haya otorgado esta distinción a la Capital Colombiana, por el intenso trabajo y la profunda dedicación que a la organización de facultades de medicina han consagrado nuestros profesionales y que yo admiro por el hondo sentido social que la ha inspirado y por sus resultados prácticos. Ese motivo, sin embargo, no resta nada de su generosidad a la selección que se ha hecho de Bogotá como sede de la Conferencia y por ella quiero presentar a todos los miembros de la Federación la expresión de gratitud del Gobierno Colombiano.

Esta reunión es un acto más, en un proceso de integración y de cooperación internacional, que se viene cumpliendo en muchos campos: el simplemente económico, el de la integración geográfica, el de la integración de la cooperación en los campos científicos y tecnológicos. En el campo de la medicina, desde luego la cooperación internacional y en particular la cooperación panamericana tienen ya una historia y una tradición. Una tradición que probablemente, fuera de los encuentros y de las relaciones esporádicas de los profesionales de nuestras naciones, arranca de la antigua Oficina Sanitaria Panamericana, convertida hoy en la Organización Panamericana de Salud y que ya estaba rindiendo frutos muy fecundos, aún antes de que en la Primera Reunión del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas se creara la Organización Mundial. En la antigua Oficina Sanitaria Panamericana se encuentra el germen de lo que ha sido después la Organización Mundial de la Salud. Y esto tiene un profundo significado.

Luego, esa cooperación internacional ha tenido sus manifestaciones de especialistas, hoy tan frecuentes afortunadamente, pero es muy grato ver que se ha extendido y con singular fuerza, con singular vigor, al campo de la educación. Al fin y al cabo, dentro de todas las actividades que debe desarrollar el profesional de la medicina, la de la enseñanza está consagrada como la primera en el Juramento Hipocrático. Allí se le señala como el primer deber del médico.

Ha comenzado este movimiento de cooperación, primero por la organización en cada país de las Asociaciones locales; por un intercambio de experiencias o una serie de reuniones que han brindado oportunidad para que se plantearan en sus verdaderas características, delante de los rectores y profesores de las universidades, los proble-

mas del momento. Y luego, por una natural derivación, se ha llegado a la cooperación internacional. Cooperación preciosa, además, porque permite abarcar un más amplio panorama, identificar los problemas, señalar los rasgos comunes y también las características diferenciales, y derivar de eso una línea de conducta, una orientación acorde con las necesidades del momento.

El primer fruto que ha dado en Colombia y en el Continente esta actividad de cooperación, ha sido sin duda, el de plantear el problema que se señaló aquí en sus términos cuantitativos y cualitativos: el de medir la gravedad inmensa que tiene la demanda de profesionales para poder hacer frente a las exigencias de la conservación de la salud en el Continente. Pero también ha colocado a las Facultades de Medicina frente a la necesidad de preguntarse si la educación médica que estaban impartiendo, si su actividad, correspondía realmente a las necesidades de las comunidades latinoamericanas principalmente. Y esa pregunta ha tenido consecuencias y las va a tener cada día más profundas, y está marcando toda una evolución no sólo en la concepción misma del ejercicio médico, sino, como era natural, principalmente en la concepción de la educación médica. Ya hemos oído hoy aquí conceptos sobre ese particular. Se nos ha recordado cómo el médico tiene que conocer hoy muy bien el medio en que va a actuar; el medio no solamente geográfico, sino el ambiente social con todas las características culturales, de costumbres, aún de prejuicios de cada grupo humano. Yo diría que la evolución que sufre la manera como se plantea el problema de la salud y, por consiguiente, la evolución que tiene que presentarse y se está presentando en la educación médica, ha seguido una curva venida desde el planteamiento en el cual predomina el criterio de colocar al profesional frente a la entidad patológica para estudiarla aisladamente, frente a la necesidad de curar la entidad patológica o de prevenirla en el individuo aislado, para situarlo frente a la consideración del grupo social en su conjunto, con sus necesidades peculiares, con sus características. Y naturalmente, este cambio en la concepción, este concebir la educación médica no simplemente como la aprehensión de conocimiento de la entidad patológica, sino como la aprehensión de conocimiento de las necesidades de salud de toda una comunidad y de las relaciones de la salud con el avance y transformaciones del grupo social, marca un profundo cambio, un cambio que se tiene que traducir no solamente en la multiplicación de los profesionales médicos y de las profesiones auxiliares, para-médicas, para atender al volumen inmenso de la demanda del grupo social en su conjunto; considerando la enseñanza no como una manera de preparar a una persona para que se gane la vida en una determinada actividad, sino como una forma de preparar a un grupo suficientemente grande de profesionales, para atender la demanda del grupo social, marcando también una transformación en la naturaleza de la enseñanza. Y así hemos visto como se ha acogido en las reuniones de las Asociaciones de Facultades de Medicina el criterio de introducir ciertos conocimientos básicos esenciales en la preparación del médico, de ponerlo en contacto con la sociedad en que tiene que vivir y de darle un conocimiento exacto, no sólo intensificando ciertas disciplinas enseñadas antaño pero con menos intensidad, como la Geografía Médica, sino dándole conocimientos de ciencias aparentemente extrañas a la simple especialización.

Y así se ha llegado a que se produzcan hechos tan elocuentes como esta Conferencia, reunida para estudiar un tema de gran oportunidad, pero que hace algunos años hubiera sido completamente extraño a la reunión de un grupo de profesionales médicos: el del papel de la enseñanza de la medicina en el desarrollo

económico y social de cada uno de los países americanos. A mí me entusiasma esta reunión en mi doble calidad de ser un entusiasta de la cooperación internacional y de ser al mismo tiempo un estudioso de los problemas de la economía y del desarrollo social. Me entusiasma porque veo que el problema del desarrollo económico y social en una conferencia de esta clase desciende de ese nivel un poco abstracto en que lo suelen colocar los economistas que nos hablan de cifras, de coeficientes, de tasas de desarrollo, para bajar al campo más palpable y concreto de la realidad humana, infundiéndole a la labor de desarrollo ese espíritu humanista a que yo me referí en una frase, que el doctor Horwitz ha tenido la cortesía de citar esta tarde.

Se entra en una conferencia de esta naturaleza a las causas profundas, las que pudieramos llamar extraeconómicas, del desarrollo económico y social. Porque la economía, regularmente sólo mira la superficie de los fenómenos, y pocas veces desciende suficientemente para ahondar en la investigación de los móviles y en el estudio de la naturaleza de los agentes económicos. Y al fin y al cabo, la economía está creada para satisfacer necesidades humanas, por una parte, y por otra, el hombre es el agente de la economía; el factor humano, el factor trabajo es el agente activo de la economía. Cómo sea ese hombre, qué lo afecte en su actividad, cómo proceda dentro del grupo social, qué influjo tienen individualmente sobre él y colectivamente sobre el grupo social las condiciones de salud, es un problema que regularmente no estudia la economía, pero que tiene unas consecuencias económicas de una magnitud, de una profundidad extraordinarias. Muchas veces esas consecuencas se nos presentan en formas dramáticas. Para un país, sobre todo para un país tropical como Colombia, las transformaciones en el campo sanitario se perciben pronta y rápidamente en el campo del desarrollo económico. Bastaría citar como ejemplo lo que significa la lucha contra la malaria, como contribución a la posibilidad de colonizar las tierras bajas tropicales de América Latina. Yo creo que en el caso de Colombia ésto tiene una importancia inmensa. Todos estamos entrando en una época que se caracteriza por la emigración hacia las tierras bajas, por la necesidad de que una población que cada vez es más densa en los altiplanos y en las vertientes baje a las tierras puramente tropicales. Las tierras más ricas desde el punto de vista de los suelos, las más fácilmente mecanizables, las que eran más inaccesibles desde el punto de vista sanitario.

Campañas como la afortunadamente cumplida en Colombia desde hace años en relación con la fiebre amarilla, el programa antimalárico, han transformado profundamente las perpectivas de toda la economía colombiana. En otros casos, el efecto económico y social del cambio en las condiciones sanitarias no se presenta tan dramática y tan visiblemente, pero no es menos efectiva. Si nosotros tuviéramos manera de medir lo que significa como transformación en la energía humana y en la capacidad de trabajo, por ejemplo, la campaña contra el bocio, o si pudiéramos medir lo que significa la campaña contra el parasitismo intestinal, tendríamos que contar en millones el resultado de lo que el país invierte en esa clase de campañas; y llegaríamos a la conclusión ya considerada y formulada por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, de que se debe considerar como una real inversión económica todo lo que se haga en el campo de la salud.

Creo que estas cosas son demasiado obvias; me da temor estar repitiéndolas delante de una audiencia que las conoce tan a fondo, que tiene sobre ellas un claro convencimiento y, además, ellas van a ser examinadas con toda la profundidad necesaria en esta Conferencia. Pero el hecho de ser obvias no le restan la necesidad de llevarlas con más inten-

sidad, de repetirlas más para el conjunto de las gentes, quienes muchas veces no las aprecian así.

Naturalmente, esta conferencia estudiará los problemas de desarrollo económico y social en relación con la enseñanza de la medicina, le planteará al Continente toda esa serie de cuestiones que aquí se enunciaron en los discursos de esta tarde; el problema cuantitativo de preparación en la profesión médica y en las profesiones paramédicas; ese problema inmenso, por ejemplo, de la preparación de enfermeras que creo afrontan todos los países de América, incluyendo los Estados Unidos; y el problema de la vida universitaria misma.

El Señor Presidente de la Federación Panamericana de Asociaciones de Escuelas de Medicina ha hablado de lo que debe ser una Universidad, y del espíritu que debe reinar en ella frente a estos problemas contemporáneos. Yo participo enteramente de las ideas expuestas por el señor Presidente. Yo creo en la Universidad, en un país como los nuestros, que tiene que hacer frente a la inmensa tarea de incorporar a su vida cultural y a su vida económica a grandes masas marginadas; que tiene que acometer esa inmensa tarea de suministrar servicios elementales de educación y de salud a grandes masas carentes de esos servicios, tiene que estar animada por un espíritu místico de servicio a la comunidad. Y ese espíritu místico debe traducirse en el deseo de aprender, de prepararse, de perfeccionar la Universidad misma, para hacerla capaz de producir el número de profesionales requeridos y de la calidad que se necesitan. Punto éste sobre el cual también razonablemente se recordó alguna frase del doctor Jiménez Arango. Ese espíritu de servicio, esa mística necesita, por supuesto, de un ámbito de libertad. La mística no nace en un ambiente de regimentación. Si se le demanda a la Universidad la preparación de las profesiones indispensables para asegurar la conservación de la salud como factor esencial del desarrollo económico y social del país, hay que darle la libertad de investigación, la libertad de cátedra, la libertad de discusión de los problemas, porque sólo dentro de ese ambiente de libertad se podrá encontrar la orientación adecuada. Pero ese ambiente de libertad, como se señalaba aquí esta tarde, puede ser perturbado no sólo por las intervenciones de gobiernos autoritarios que traten de restringir la libertad intelectual; puede ser perturbado también por otra clase de influjos. Por el deseo de introducir factores de agitación política, de controversia ideológica, en absoluto extraños a la gran misión que incumbe a la Universidad de América, en estos momentos en que tiene la responsabilidad de preparar las clases intelectuales para un gran cambio, y un gran cambio que no puede aplazarse de ninguna manera. Por eso es tan deseable, como se recordaba en uno de los discursos de hoy, que el funcionamiento universitario y esa preocupación y concentración del cuerpo de profesores y del cuerpo de estudiantes en forjar el gran instrumento de cambio y de desarrollo, que es un cuerpo médico capaz de hacer frente a los problemas de la salud en nuestros países, no sea perturbado por influjos extraños, por preocupaciones subalternas, por agitaciones que pueden frustrar, desgraciadamente, los esfuerzos muy grandes que en este momento se realizan.

La Asociación de Facultades de Medicina de Colombia, y yo creo que ese es el caso de otros países del Continente, está teniendo un influjo considerable no sólo para transformar la enseñanza médica, sino para cambiar toda la enseñanza universitaria. Yo creo que en los últimos años no ha habido influjo mayor ni más benéfico en la transformación de la universidad colombiana que aquel salido de la Asociación de Facultades de Medicina. Y yo creo que se debe ser, repito, el caso de otros países. Por eso, espero mucho de los resultados de esta

Conferencia. Espero que lo que aquí se discuta, las exposiciones que aquí se hagan y las conclusiones a que se llegue, tengan influjo no sólo en la política sanitaria general en conexión con el desarrollo económico sino también, como es natural, directamente en dar un empuje todavía mayor a la transformación de la universidad en general.

Este ejemplo de poner a los profesionales frente al problema de la comunidad, de sacarlos de la concepción estrecha de que están aprendiendo simplemente un oficio para ganarse la vida, y de colocarlos frente a la concepción más amplia y más noble de que están capacitándose para ser parte de un instrumento de transformación general, ese esfuerzo que se está haciendo por las Facultades de Medicina, es un esfuerzo que tiene que generalizarse en el ámbito universitario. Cada profesión según su peculiaridad deberá acercarse al problema del desarrollo económico y social del Continente, con el mismo espíritu y de la misma manera.

Al renovar a ustedes mi cordial saludo a nombre del Gobierno, les deseo el mayor éxito en sus deliberaciones. Y, repito, les doy las gracias porque la reunión en Bogotá nos va a dar a todos la oportunidad de seguir de cerca unas labores que, no me cabe duda alguna, serán de grandes proyecciones y de evidente utilidad para todo el Continente.

CAPITULO IV

LA EDUCACION MEDICA, FACTOR EN EL DESARROLLO SOCIAL-ECONOMICO

GUILLERMO ADRIASOLA, M. D. M. P. H.

1. Introducción

Desarrollo, según una denotación, es proceso hacia la consecución de un fin dado, o simplemente traslación en el tiempo o en el espacio.

Según esta acepción todo proceso social-económico "se desarrolla", cualquiera que sea su dirección, éxito o fracaso. Hay procesos cíclicos, los hay con fases positivas y negativas de desarrollo, alternantes.

Según otra acepción, "desarrollo" es el proceso que conduce a niveles más elevados, en un "proceso hacia el progreso", o sea a la satisfacción creciente y armónica de necesidades espirituales, sociales y biológicas, no solo "crecimiento" material.

Importa considerar que ambas acepciones, proceso a progreso, implican cambios, dinamismo; pero que solamente una significa elevación de nivel. Adoptaremos esta última, más usual y más universitaria.

Queremos repetir por necesario, que la tarea universitaria, médica u otra, busca ampliar el conocimiento y difundir sus logros. Ambas tareas y propósitos cumplen en su mayor parte la función de servir al progreso global. Agente de desarrollo económico-social y agente de cambio, la Universidad adelanta el conocimiento y sugiere e investiga los sistemas que favorezcan su ventajosa aplicación social.

Si la colectividad "evoluciona sin progreso, absoluto o relativo", se plantea un serio desafío. Toda Universidad es "órgano y conciencia de la sociedad a que pertenece" * y por lo tanto es expresión de nivel. Este medio ecológico restringe su influencia; pero al mismo tiempo su progreso. En resumen la Universidad puede apurar limitadamente, por sí misma, el desarrollo del medio social. El máximo rendimiento lo obtiene cuando todos los sectores de la colectividad se desarrollan armónica y racionalmente y cuando el ámbito de acción de la Universidad alcanza "niveles útiles".

Finalmente, deseamos advertir que, al mismo tiempo que la Universidad y la educación médica eficiente, contribuyen positivamente al tangible desarrollo económico, aportan bienestar emocional e intelectual, valores intelectuales, artísticos, filosóficos y morales que le dan dirección y sentido humano a los más altos niveles del progreso.

2. Nueva Sociedad y Nuevos Problemas de Salud.

La disminución de muertes prematuras, la extensión de la vida productiva,

* González Rojas, Eugenio - Rector de la Universidad de Chile. "Discurso de recepción de los alumnos" 1965.

la disminución de las enfermedades y de las invalideces, la disminución del gasto médico evitable, son contribuciones importantes de las ciencias médicas al desarrollo económico-social, ya cumplidas en gran medida.

Muchos ejércitos fueron derrotados por las enfermedades antes que por el enemigo, aún en épocas recientes. Hoy el soldado no se enferma. La erradicación de algunas parasitosis y la alimentación adecuada multiplicó el rendimiento en minas y otras labores extenuantes, etc. etc. *

La puericultura científica y su constante divulgación está favoreciendo un nivel de crecimiento y desarrollo no conseguido antes por la humanidad, en habilidades y destrezas de todas sus expresiones.

Una mejor atención del niño y del individuo y la modificación del ambiente natural, sin cambios paralelos de las otras variables, desencadenaron la ruptura brutal del ecosistema vigente:

—El crecimiento acelerado de la población más allá de los recursos disponibles.

—Una mayor proporción de ancianos, con nuevas y mayores necesidades médicas.

—El debilitamiento de la selección natural humana.

A su vez el aumento acelerado de la población y la revolución técnica e industrial, impulsaron hondos cambios económico-sociales, algunos de los cuales amenazan la salud social y mental y otros imponen nuevas formas de trabajo médico. Por ejemplo:

La producción y el consumo modernos exigen un alto rendimiento de cada individuo y por tanto el más óptimo crecimiento y desarrollo de cada niño.

* Winslow, Charles-Edward Amory - "El costo de la enfermedad y el precio de la salud"

La población se hacina en las grandes ciudades y consecuencialmente sufre las tensiones de la desadaptación a la urbe, a la masificación, a la promiscuidad y al debilitamiento de la vida familiar; sufre el desempleo y la soledad; unos y otros acontecimientos premonitores de patología conductual y social, nueva o más grave.

O sea, las nuevas formas de vida conllevan problemas de salud que contrarrestan parcialmente. la contribución del progreso médico. El desafío de la medicina y de la educación médica es enfrentar la nueva situación.

Por otra parte la población exige igual acceso a una medicina oportuna, eficiente y costeada colectivamente, al mismo tiempo que la medicina reconoce que esa es su responsabilidad moral y esencial:

—La medicina se organiza en empresas y se hace funcionar como respuesta a dicha demanda y a su propia conciencia de ofrecer las mejores oportunidades a todos.

—La complejidad del conocimiento médico lleva a la especialización y ésta al trabajo en equipo.

—La medicina clínica se hace cada día más dependiente de la técnica altamente especializada; de la físico-química celular, de la microbiología; de la epidemiología, del cálculo de probabilidad y de la computación de grandes números.

3. Responsabilidad de la Educación Médica.

La medicina tiene que abocarse a cada uno de esos y otros trepidantes problemas. Es su responsabilidad moral. Al asumirla plenamente contribuirá al desarrollo económico-social.

Crecimiento acelerado de la población.

La interrelación "explosión demográfica" y desarrollo es muy compleja. El desarrollo no se obtiene meramente por el control de la natalidad ni el aumento

poblacional rápido genera por sí solo el rezago económico-social. Pero no cabe duda que la gran mayoría de los países en desarrollo se beneficiarían de un crecimiento económico y de un crecimiento poblacional en que el primero multiplique varias veces al segundo. Mientras más paralelas y próximas sean las curvas de los dos índices, más se postergará el "despegue económico" de los países subdesarrollados y de los grupos poblacionales donde la relación entre disponibilidad de recursos y necesidades de una familia numerosa es extrema. Motivaciones múltiples presionan a las familias para que disminuyan su fecundidad, aún mediante el aborto criminal. La prevención de muertes y enfermedades y la protección de la familia son responsabilidades de la medicina integral en cuanto a la producción humana y en cuanto al mejor equilibrio población-recursos, que puede cumplir mediante:

—Democratización del empleo de los anticoncepcionales, sanos y eficientes;

—Sostén y fomento de la paternidad responsable;

—Promoción de la responsabilidad de la familia ante la sociedad y de los padres ante la familia, al decidir sus niveles de fecundidad.

Cualesquiera que sean las oportunidades ambientales, el hombre y la colectividad están limitados, en alguna proporción, por el capital hereditario. La salud humana y el crecimiento económico-social, podrían beneficiarse de:

—La promoción y protección de dicho capital genético, eugenesia positiva.

—La eliminación de genes negros en el capital hereditario, o eugenesia negativa.

Valores morales y sociales, han impedido la práctica de la selección genética humana que tanto éxito mostró en la selección de caracteres físicos y biológicos, en animales y vegetales. No sabemos bastante como para interferir el azar genético que sustenta la variabilidad individual y entonces la adaptación de la especie. Nos está impedido actuar aún.

Sin embargo puede estar ocurriendo que estamos salvando y prolongando vidas de individuos portadores de herencia malsana, que la selección natural hubiera eliminado, y que hoy legan a sus descendientes tales desventajas y aumentan la proporción de individuos menos valentes. Está aumentando la proporción de retardados mentales y otros cuadros degenerativos hereditarios en las sociedades modernas? No hemos medido ni su prevalencia ni su incidencia.

Están suficientemente protegidos nuestros genes de la acción deletérea de la energía nuclear o de otros agentes?

La medicina tiene la responsabilidad de investigar la epidemiología genética tanto como su micro-química fisiológica, hoy tan promisoria. Los hallazgos que se avizoran podrían ser elementos de juicio para que una sociedad futura, libre e integrada se proponga o aún implemente una política eugenésica eficiente. Urge que la medicina y la genética ofrezcan mejores elementos de juicio para iniciar la discusión amplia. La actual temerosa cautela, deriva de la insuficiencia de procedimientos tales como la esterilización eugenésica.

En igualdad de aptitudes genéticas, el control de los agentes nocivos del medio ambiente y la promoción del crecimiento y desarrollo mental, físico y social del individuo, producen un adulto más apto para impeler el desarrollo económico-social. Es el campo dilecto de la puericultura.

Cabe destacar que el veloz crecimiento y desarrollo del niño plantea demandas perentorias de alimentos protectores y calóricos y calor y protección emocional en un hogar libre de angustias. La explosión demográfica, la modernización,

y la producción alimentaria rezagada, conspiran contra la satisfacción de tal demanda.

La salud mental, individual o colectiva, amenazada por la gran ciudad y por las tensiones de la vida moderna merece segregarse del capítulo anterior.

No existen pruebas suficientes del costo en desarrollo económico-social de los transtornos conductuales, de las neurosis y de la sintomatología controlable de las psicopatías. Pero tenemos que creer que la prevención de la afición a drogas y al alcohol, que la prevención de transtornos de la conducta, especialmente de la violencia social, serían aportes muy importantes para acelerar o consolidar el progreso económico-social. Algún día podremos contribuír, como médicos, a prevenir la guerra, el totalitarismo, el racismo; en suma el odio social.

Otros individuos además de los médicos, deberán promover el reencuentro de las ciudades con la naturaleza y construír casas abiertas a la comuncación social y no arcones protectores, como si el hombre fuera necesariamente hostil. Otros liberarán al hombre del temor. Pero la medicina tiene la responsabilidad de contribuír a detectar las causas de los males y a removerlos. Es el campo emergente más importante de la medicina preventiva, clínica y social.

La rehabilitación o readaptación de individuos con desventajas y de los ancianos, y la atención de sus problemas particulares de salud es una tarea moral. El aumento creciente de estos individuos en las poblaciones modernizadas destaca la importancia de contribuír al desarrollo económico-social, retribuyendo individuos a la producción, previniendo conflictos emocionales y encauzando el gasto médico a mejores rendimientos.

La medicina integral no llega con sus técnicas eficientes ni a una mitad de la población humana. Extensos grupos laborales podrían incorporarse a la producción moderna si tuvieran atención adecuada de su salud.

La democratización, la especialización, la empresa de salud y la socialización de la medicina, la sumieron en un paisaje desconocido y para el cual no estaba preparada. Por ejemplo,, repetimos que el médico es el dirigente natural de los servicios de salud y del equipo sanitario. ¿Cómo desempeña esta nueva misión? ¿Quién lo prepara para ella? La empresa exige propósitos y objetivos definidos, comunicaciones fluídas entre los diversos niveles y especialidades y la integración de aquellos fines y estas acciones, a los anhelos, demandas y riesgos de la comunidad. Ha logrado el médico superar su individualismo y su segregación de las otras profesiones que comparten responsabilidades? Ha superado la querella individual o de grupo que malogra tanto esfuerzo y tanto talento? ¿Existe el equipo de salud operando eficientemente en la mayoría de las empresas de salud? ¿Está integrando su trabajo y sus organizaciones a la comunidad a que sirve y a sus potencias culturales de colaboración?

Temo que la respuesta no sea positiva porque profesionales y médicos no están siendo preparados en las Universidades para definir y avaluar su rol social o el rol de su profesión en el medio cultural, cambiante y diverso que les compete, y el rol económico de su labor en la colectividad.

La educación médica debe capacitar el médico para ser dirigente natural de los servicios de salud. Para tomar conciencia que es tan dramática su decisión cuando se decide por tal o cual terapéutica médica o quirúrgica, como cuando invierte recursos que de hecho sustrae al uso por otros individuos, a veces en desesperada necesidad de atención para sobrevivir. Con mayor razón debe saber cuando alcanza los niveles directivos, que la duplicación y desperdicio de instrumentos costosísimos, del uso indiscriminado de medicamentos de fantasía y

de personal innecesario, significa negar atención médica a muchos individuos de la sierra, de la selva y aún del campo no distante.

La contribución al desarrollo de la medicina y por tanto de la enseñanza médica, alcanza su mayor expresión cuando con el mismo esfuerzo y el mismo costo se ofrece más salud a más gente. El dispendio en sí mismo frena el rendimiento de la medicina y del desarrollo económico-social.

La profesión médica no aceptará fácilmente que los establecimientos médicos o los servicios regionales y nacionales sean dirigidos por otros profesionales, bajo el supuesto de que la administración médica no le concierne. Pero aún si aceptara, seguiría el médico con gran responsabilidad funcionaria, técnica y administrativa. Es su labor demasiado compleja para que el médico sea regimentado por otros profesionales, con éxito.

Su misión vs. participación inteligente en la planificación y racionalización del trabajo médico y multidisciplinario, son alternativas ineludibles de una mejor contribución del médico al desarrollo económico y social que exigirá la sociedad del próximo futuro. La educación médica deberá preparar al médico para la coparticipación inteligente y para la dirección.

La expansión y hondura de las bases científicas de la medicina es otra de las graves responsabilidades de la educación médica.

En una vida, el médico no puede alcanzar todo el conocimiento profesional existente. ¿Cómo agregar mayor conocimiento de ciencias básicas e incluír ciencias sociales y administrativas en los cursos de formación? Con humildad, sólo sugeriré algunos elementos que podrían contribuir a encontrar la respuesta.

Si no podemos enseñar todo al estudiante de la Escuela de Medicina, hay que enseñarle a estudiar solo, toda la vida, a pensar científicamente. Enseñémosle las leyes básicas de la físico-química biológica normal y patológica y de la concepción sociológica de la vida en común, base del arte médico. Si es inteligente y honesto, la vida y la experiencia profesional lo harán buen médico y entonces un agente del desarrollo económico-social. En el corazón del médico se toman frecuentemente decisiones de los intereses en conflicto del caso versus los de la comunidad. Lo que importa es que el médico ordene en su mente científicamente los elementos de juicio y actúe con sentido de misionero.

La medicina no podría absorber tan nuevas, variadas y complejas responsabilidades si no se prepara para ello.

El primer paso importante es el de tomar conciencia de la existencia de los problemas y luego aceptar y definir la responsabilidad médica de ellos. Esto es difícil porque muchos médicos no han tenido otras vivencias u oportunidades docentes que las de la medicina individual o porque lo no clínico es mirado con suspicacia. Se acepta que el médico es un consejero individual o de familia; pero se recela de su papel de líder o consejero de la comunidad en que actúa y del administrador de servicios médicos.

Tal vez, porque se confunden dos etapas contiguas. El médico, como todo profesional, como la Universidad misma, asume el rol de "agente de desarrollo" mediante la divulgación o aplicación de sus conocimientos y habilidades. La decisión política y la operación institucional la toman la colectividad. y sus delegados, a través de sus mecanismos propios, en los cuales el médico genérico es un funcionario o uno de los líderes, o un ciudadano; no necesariamente un político de partido. Esa condición dirigente es profesional e independiente de la cívica.

Si la enseñanza médica acepta la existencia del problema y de su responsabilidad, necesita disponer de técnicas específicas de prevención y curación. Dos

pues, son las vertientes de su contribución al desarrollo económico-social.

—Una, la investigación científica, pura o aplicada; libre o programada; atenta a la problemática actual y a la previsible.

—Otra, la entrega de los conocimientos alcanzados mediante la formación profesional y la divulgación o extensión universitaria.

La educación médica debe proponerse el formar tanto profesionales como investigadores capaces de investigar los campos médico-sociales, aparte de los tradicionales, como son: nuestros particulares problemas de salud y su relación con los otros sectores de la vida en común; necesidad de profesionales médicos en las diversas regiones, en calidad y cantidad; el costo de la atención médica; su contribución a la productividad; etc.

Investigadores capaces de estudiar nuestros propios problemas genéticos y de reproducción humana; nuestros propios problemas de patología y sus aspectos epidemiológicos, etc. etc.

Porque nuestra especialidad nos ha puesto en contacto con la medicina social quisiera llamar la atención hacia opiniones autorizadas que avalen nuestra posible parcialidad:

"En vista de la dificultad de determinar la contribución de la salud a la productividad sobre la base de estadísticas nacionales se sugiere la investigación local en pequeña escala de los gastos de salud y los beneficios económicos, como la manera menos costosa de lograr información que permita orientar la formulación de normas y planificación". [1]

"La salud tiene implicaciones políticas; si la profesión no resuelve los problemas relativos al elevado costo de la atención médica y a las desigualdades en la distribución de servicios médicos, nos serán impuestas soluciones de índole política". [2]

"Hay una tendencia acentuada a incorporar a los Centros de Investigación Médica el estudio y el análisis de la problemática que plantea el desplazamiento de la medicina desde el individuo hacia la sociedad, mediante la organización de centros interdisciplinarios".

"Este hecho es muy notorio en Inglaterra y Holanda y muy destacado en Checoeslovaquia, país en el cual se ha definido como función y para la cual se ha creado un organismo especial. En Suecia, estos aspectos están más bien entregados a las Cátedras de Medicina Social como acontece en la Universidad de Upsala. El Instituto de Desarrollo Social de las Naciones Unidas cubre un campo mucho más amplio que el de los anteriores, sin embargo; su meta tiene amplias proyecciones en el campo de la salud, especialmente en planificación, al pretender definir y cuantificar los efectos de las inversiones y las relaciones e influencias recíprocas de los desarrollos social y económico". [3]

Lo anterior se fundamenta en la hipótesis de que la formación de esos investigadores estimula el progreso de la medicina y de la salud pública y, por tanto, de la salud colectiva, que es uno de los pilares del desarrollo económico-social. "Somos demasiado pobres para no formar científicos" fue la excelente afirmación de un espíritu visionario.

La formación de profesionales es la gran vertiente de la contribución de la enseñanza médica al desarrollo económico-social. Es otro capítulo de este "encuentro".

1 Ruderman, Peter "Como medir las ventajas económicas derivadas de los servicios de salud?" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (57:425-43), Noviembre 1964.

2 Woller H., Thomas "Cuestiones de prioridad en asuntos de salud". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 57:454-462, Noviembre 1964.

3 Díaz, Salvador "Informe de viaje de observación mediante una beca de la Oficina Sanitaria Panamericana", 1966.

Al poner término a mi intervención deseo señalar que pese a que hemos insistido en la rigurosidad científica, técnica, social y empresarial del contenido de la educación médica, pensando en el alcance de los mejores logros en desarrollo económico y social humano creemos que la educación médica debe inspirarse en altos valores que la filosofía, las religiones y la convivencia humana decantaron a lo largo de la esperanzada historia humana y de su proyección futura al universo.

4. Resumen

La educación médica ya contribuyó en forma importante al desarrollo económico-social, entregando a los profesionales eficaces herramientas para prevenir muertes, enfermedades e incapacidades evitables, para promover la salud y para alargar la vida. Dió más vida y más capacidad productiva y social al hombre moderno y liberó gastos innecesarios.

Nuevos problemas y exigencias de salud están emergiendo como consecuencia de tales éxitos y de la modernización:

Demanda de regulación de natalidad.

Peligro potencial de aumento de enfermedades y menor de valencias hereditarias.

Necesidad de disponer de individuos aptos para las mayores exigencias actuales.

Desorganización social y mental por tensiones emocionales crecientes.

Democratización en la medicina.

División de la medicina en especialidades y delegación en otros profesionales.

Organización del trabajo médico y funcionarización.

Complejidad del conocimiento médico y de su enseñanza.

La solución de estos problemas y exigencias sumarán importantes aportes a los ya hechos por la medicina, al desarrollo económico-social. La educación médica contribuirá con avances científicos y formación profesional en la medida que comprenda, defina y ejerza su responsabilidad en estos nuevos problemas de la vida en común.

PLANIFICACION DE SALUD

Dr. HUGO BEHM ROSAS *
Dr. JUAN ZAMORANO SOTO **
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

La formulación de planes a largo plazo en educación médica lleva necesariamente a preguntarse cuáles son las necesidades de salud que estos médicos deberán satisfacer en el futuro. De este modo, la educación médica se liga a la formación de planes de salud que, a su vez, están vinculados a un problema más general: el proceso de desarrollo económico y social.

La programación de salud es asunto complejo, cuyo examen excede las posibilidades de esta conferencia. Sólo nos limitaremos a discutir tres cuestiones que nos parecen fundamentales: ¿Por qué planificar salud en el marco de programas globales de desarrollo? ¿Cuál es la ausencia de la planificación en salud? ¿Cuál es su alcance real?

Necesidad de Planificar Salud como parte de Planes Globales de Desarrollo.

La problemática del sector salud, que es el área de nuestra más directa responsabilidad, es similar en la mayoría de los países latinoamericanos. A pesar de los progresos de las últimas décadas, los niveles de salud son deficientes, como lo atestiguan tasas de mortalidad y morbilidad altas y, en parte, reducibles. Persisten factores agresivos para la salud del hombre en su ambiente físico, biológico y socio-económico, factores que la medicina no puede modificar por sí sola. Por otra parte, la demanda de atención médica es siempre creciente, debido al aumento demográfico y a la elevación general de los niveles de aspiraciones de los pueblos. Para responder a esta situación el sector salud obtiene recursos siempre insuficientes y el alcance de los programas de salud es limitado. En tal situación, parece natural exigir más recursos y, en cierto modo, responsabilizar a otros por la insatisfacción en el desarrollo de nuestras tareas técnicas.

Sucede, sin embargo, que esta situación existe con frecuencia en todos los otros sectores de actividad de nuestros países. En cada uno de ellos las necesidades de la población —salud, vivienda, educación, empleo, transporte, recreación o cualquier otra— son satisfechas de modo parcial, ya que exceden los recursos que se les asignan. En los países llamados subdesarrollados nos enfrentamos con un círculo vicioso de efectos negativos acumulados: hay poco de todo y se pide mucho de todo. Hay, por ejemplo, pocos profesionales porque hay pocas escuelas y universidades; éstas son pocas, porque los recursos para educación son escasos; hay pocos recursos para educación y para otras necesidades, porque la producción total es insuficiente, lo cual depende —entre otros muchos factores— precisamente de que existe escasez de cuadros adiestrados.

La escasez de recursos frente a necesidades múltiples es, pues, un problema general. Los recursos utilizados en los diversos sectores provienen de un fondo común nacional que puede expresarse como el valor económico de la producción de bienes y servicios totales; éste es el ingreso nacional. El ingreso nacional es bajo en la mayoría de nuestros países y, peor aún, está muy desigualmente distribuído en la población. De este modo, es general la situación de que aquellos que tienen un menor ingreso y, en consecuencia, un menor nivel de vida, tienen también una mayor cantidad de recursos asignados para satisfacer sus necesidades, que son mayores y más premiosas. Subsanar esta injusticia distributiva en los aspectos técnicos de que somos responsables, debiera ser nuestra preocupación fundamental.

Si los diversos sectores de actividad reclaman recursos a un fondo común escaso, son necesariamente competitivos entre sí. A menos que los recursos generales se incrementen de modo substancial, construir más hospitales significa construir menos viviendas, escuelas o caminos y viceversa. Los ejecutivos responsables de estas decisiones no pueden evitarlas. Y tampoco pueden evadir la necesidad de tomarlas con criterios objetivos, por la trascendencia fundamental que estas decisiones tienen. Obsérvese que este problema existe a todo nivel: una autoridad universitaria tiene que decidir la distribución de recursos entre diversas escuelas universitarias o diferentes cátedras: un jefe de un servicio de salud, entre diversos programas; o bien hay que resolver, en el área médica, cuanto ha de asignarse a la investigación, la formación de personal o la prestación de servicios.

Por otra parte, los sectores son interdependientes entre sí. La formación de médicos se relaciona con la situación de salud y las formas de organización de la medicina en el país. Depende también de la eficiencia del sistema educacional preuniversitario y de la eficiencia de la propia universidad. Pero además requiere de construcciones, equipo y personal no médico que es aportado por los sectores de construcción, industria, educación, etc., todos los cuales deben satisfacer necesidades de otros sectores. A la inversa, los servicios educacionales, el desarrollo de la industria, la explotación minera, etc., requieren a su vez de servicios médicos.

De todo esto se deducen algunas conclusiones atingentes al problema que se discute:

1) No es posible abstraer la discusión de los problemas y soluciones del sector salud del contexto global a que se ha hecho referencia.

2) El fin último que persiguen todas las actividades de una comunidad organizada —bienestar para todos— se debe obtener por una solución armonizada integral que, en el menor plazo posible, incremente el fondo común de recursos, lo distribuya entre las múltiples necesidades con la mayor racionalidad y utilice los recursos del modo más eficiente. Esto es precisamente lo que se entiende por el proceso de desarrollo económico y social.

3) Este proceso significa tomar una serie de decisiones cruciales, con un método objetivo y racional, tal como resolvemos otros problemas técnicos en la medicina. El método que aquí se aplica se llama planificación.

¿Cuál es la esencia de la planificación en salud?

La metodología de esta planificación es compleja, está en una etapa de creación y necesita ser perfeccionada. Pero la línea de razonamiento es simple, en todo similar a la que utilizamos en medicina clínica, en epidemiología o en el laboratorio. Ante un enfermo hacemos en

* Profesor de Bio-estadística

** Departamento de Estudios. Escuela de Salubridad.

primer término un diagnóstico, basado en una sistemática recolección de datos anamnésticos y físicos, diagnóstico que fundamenta una decisión terapéutica. De igual modo, hay dos tareas fundamentales en la elaboración de un plan de salud:

— Reconocer la situación de salud que se intenta mejorar, haciendo explícitos sus componentes por un método analítico adecuado: éste es el diagnóstico.

— Elaborar un cuadro consistente de alternativas de acción, abordando dos problemas fundamentales:

— Resolver entre varios objetivos diferentes y posibles: el problema de las prioridades;

— Resolver entre varios cursos de acciones posibles para obtener tales objetivos: el problema de elección de técnicas.

Examinemos brevemente en que consisten estos pasos.

1) **El diagnóstico de la situación de salud.**

Se empieza por determinar el nivel de salud de la comunidad estudiando la estructura de la mortalidad y de la morbilidad, en ausencia de mejores indicadores directos de salud.

Se investigan en seguida los factores que presumiblemente condicionan estos daños, en una equivalencia a lo que es el diagnóstico etiológico en clínica. Se consideran, por una parte, los hechos que condicionan la susceptibilidad de los individuos a la enfermedad, por ejemplo, nutrición y estructura por edad. Y, por otra parte, los factores del medio físico y social, que son agresivos para el hombre. Para ello se utilizan los indicadores disponibles sobre los diversos componentes del nivel de vida, tales como vivienda, educación, abastecimiento de agua, disposición de excretas, etc.

Luego se analiza otro factor, que condiciona la situación de salud: la política sanitaria, entendida como la organización, cantidad y tipo de recursos disponibles para la atención médica integral y el modo efectivo en que ellos se utilizan. El estudio de la política de salud tiene especial trascendencia porque es el factor de más directa responsabilidad de los técnicos de salud.

El inventario de los recursos materiales, de personal y financieros, así como la enumeración de las atenciones que han sido prestadas con ellos, son elementos importantes, pero analíticamente insuficientes para describir la política de salud con fines programáticos. La metodología de planificación que está en mayor uso en América Latina * ha hecho una importante contribución a este problema.

La combinación de recursos que se utilizan para la ejecución de una actividad de salud determinada, se describe como "instrumento". Así por ejemplo, los recursos empleados en la atención de los enfermos hospitalizados, pueden agruparse en una unidad denominada "cama de hospital" (referida a un día o a un año). Esta unidad opera utilizando diversos recursos de personal (médicos, enfermeras, matronas, personal auxiliar, etc.), materiales (drogas, ropa, etc.), maquinarias y equipo, edificios etc. En esta unidad cama, pueden ser analizados la estructura de los recursos que la componen, el rendimiento (egresos por cama), el grado de utilización (porcentaje de ocupación), la eficiencia, el costo, etc.

La determinación del costo instrumental, en el cual todos los componentes se homogenizan mediante su expresión monetaria, permiten el análisis comparativo de todos los instrumentos sobre una base común.

En cuanto a los usos posibles de los recursos, se estudia la asignación de ellos

* Programación de la salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica Nº 111 Abril, 1965.

a las diferentes actividades y de éstas a las diferentes enfermedades, tanto en su prevención (si ella es posible) como en el tratamiento. Bajo este enfoque se analiza la política sanitaria frente a las diferentes afecciones: cuál es la prioridad real que se le otorga a cada una, en qué grado se cumplen las técnicas preventivas y/o curativas y cuál es el costo de la atención de cada problema de salud. Por ejemplo, es posible determinar en un área programática el número de días, camas de hospitalización, de consultas médicas, de visitas de enfermería, etc., que se han utilizado en el problema (daño) diarrea infantil, los correspondientes costos parciales y el costo total.

Creemos que aún cuando esta información no se utilizará con fines de planificación, es indudable que constituye una poderosa herramienta administrativa y técnica para el análisis de los programas.

El proceso del diagnóstico se completa con una consideración pronóstica, que consiste en una estimación del nivel de salud que existiría en el futuro considerando el cambio de los factores que lo influyen y de la política de salud, es decir, mejorando la organización de los recursos, su empleo más eficiente y su grado de utilización. Esta etapa implica establecer normas técnico-administrativas para alcanzar una mejor eficiencia.

2) **El proceso de planificación**

En medicina clínica, después de establecido el diagnóstico etiológico y el pronóstico de la enfermedad, se elijen uno o más tratamientos con criterios pre-establecidos (frecuencia de curación, rapidez de acción, efectos secundarios, etc.,). Cuál sería el método similar para decidir sobre el mejor plan de acción destinado a mejorar la situación de salud de una comunidad?

Los daños de salud son múltiples y también son muy variadas las técnicas médicas posibles de usar para combatirlos. El mejor plan de salud para una comunidad, con una situación socio-económica dada, será aquél que define sus objetivos y emplea las técnicas en una combinación óptima que obtenga el mayor mejoramiento del nivel de salud de toda la población, en el menor plazo. El concepto de eficiencia involucra la idea de alcanzar los niveles de salud que una comunidad se fija como metas con un mínimo de recursos, justamente para hacerlas factibles, y a la vez compatibles con otras aspiraciones sociales y económicas.

Traducir estas ideas en métodos operacionales es tarea ardua. La metodología en uso ha debido trabajar con simplificaciones e hipótesis impuestas por la limitación de nuestro conocimiento actual y las deficiencias de la información estadística. Los objetivos se concretan en metas, expresadas en muertes por daño, lo que permite compararlos y seleccionarlos. Los criterios de selección se refieren a la magnitud de los daños, a su trascendencia y a la eficiencia de las técnicas médicas disponibles para evitar las muertes producidas por cada tipo de daño.

En cuanto a las técnicas mismas, hay enfermedades en los cuales podemos prevenir la enfermedad, y en consecuencia, la muerte; en otras no tenemos medios preventivos, pero sí tratamientos eficientes que reducen la letalidad; en otro grupo, por fin, los medios de prevención y tratamiento son poco eficaces o inexistentes. Por eso se distinguen en planificación daños reducibles y daños no reducibles. Los últimos deben ser atendidos como una natural exigencia ética y social, asignando una determinada cantidad de recursos para satisfacer la demanda que ellos originan. Se trata de fijar una meta razonable respecto a esta demanda y reemplazar las técnicas ineficientes que estén en uso para reducir el costo por enfermo tratado.

Sobre este mínimo, los recursos que se destinen a los daños reducibles podrán

ser asignados discriminadamente, con los criterios mencionados y con el fin de rebajar la mortalidad al máximo, ésto es, con la idea de mayor eficiencia.

Hagamos notar que en todo este proceso el problema de alternativas en la elección de daños y de técnicas no se resuelve en favor de algunas con exclusión de otras. No se trata de usar sólo medidas curativas con exclusión de las preventivas, o de preocuparse de tuberculosis sin considerar cáncer. Los opuestos se resuelven complementariamente, por razones que son obvias.

De todo este proceso resulta una proposición concreta de alternativas de acción proyectada a 5-10 años, que especifica, para cada daño, las metas, los recursos necesarios, las normas de utilización y los aportes financieros requeridos tanto para inversión como para gastos de operación.

¿Cuál es el alcance de la planificación de salud?

De la sucinta exposición que se ha hecho resulta claro que la principal ventaja del proceso de planificación en el sector salud es ofrecer a los niveles políticos que tienen la responsabilidad de decidir sobre la distribución general de recursos, un cuadro conexo sobre la situación de salud de la población y un marco de alternativas, cuyos costos y resultados estén explícita y concretamente enunciados. Si en último término los recursos que se piden no son asignados, hay también clara idea de las consecuencias de esta decisión y un conjunto de alternativas para ser consideradas.

Es evidente que las decisiones de una política sanitaria no se basan en simples consideraciones de costos. Hacer llegar la medicina a los extensos sectores rurales de nuestra América que en la actualidad carecen de ella, puede ser empresa más costosa que seguir concentrando recursos en otros grupos, pero es una meta que un Gobierno puede fijarse por razones de obvia justicia.

También es evidente que el proceso de planificación no es factible si no existe un concenso para proceder en el problema con la misma racionalidad con que procedemos, por ejemplo, en medicina clínica o en la investigación biológica. Si se examina comparativamente los métodos en estos distintos campos se ve que la similitud depende de que intentamos usar en todos ellos los cánones propios de la ciencia y que conocemos como el método científico. Ningún médico aceptaría aplicar a un enfermo medios diagnósticos y terapéuticos que no estén científicamente probados, por un genuino respeto al paciente que atiende. No se ve ninguna razón para que no procedamos con igual rigurosidad cuando se trata de tomar decisiones que se proyectan a la vida y al bienestar de millones de personas.

Por otra parte, la verdad es que estamos todos aprendiendo a planificar en salud. Quienquiera que examine la metodología del proceso y los supuestos en que se basan algunos de sus pasos, podrá elaborar objeciones sobre algunos de ellos. Esto no hace sino señalar una tarea continuada de investigaciones y perfeccionamiento del método, asunto que es preocupación de varios grupos técnicos en este momento. Nada de ello puede ser esgrimido como una razón para no intentar la planificación. Es interesante meditar en que las decisiones que estamos tomando a diario en Salud Pública llevan implícitamente supuestos que nadie ha puesto a prueba. Resolver sobre la construcción de un hospital o iniciar un programa de adistramiento de auxiliares de enfermería, significa implícitamente que tenemos razones para pensar que este uso —y no otro— es el mejor posible para los recursos utilizados. En planificación se intenta hacer explícitos estos criterios de decisión y examinarlos objetivamente.

Más allá de todos los aspectos técnicos, planificar lleva consigo la actitud de cambiar, de examinar críticamente el quehacer técnico y de perder en parte la libertad de resolver más o menos subjetivamente sobre cuestiones importantes. Ahora bien, vivimos en una América que se caracteriza por el injusto y diferente goce del bienestar de quiénes la habitan. Millones de latino-americanos permanecen en condiciones sub-humanas y pagan un caro precio en vidas y en infelicidad por vivir como viven. La Medicina como tal tiene limitado alcance en la modificación de las causas reales de tal situación, pero no por eso el médico deja de tener responsabilidades específicas en aquel componente del bienestar que llamamos salud. Sólo en la medida en que combatamos incansablemente para lograr que toda nuestra población alcance las metas de salud a que humanamente tiene derecho, podremos decir que no somos corresponsables de situación tan injusta. Para este fin, la planificación —entre otras— es una herramienta poderosa porque hace posible el racional examen y solución de nuestra problemática. Y éste es su sentido más trascendente

EL ESTUDIANTE Y LA UNIVERSIDAD PARA EL DESARROLLO

Dr. LEOPOLDO CHIAPPO. *

Consideraciones Preliminares

La hora presente exige un **nuevo** planteamiento para resolver los problemas de nuestras universidades —incluyendo los problemas estudiantiles. No es posible traicionar la tarea urgente de redención humana de las grandes y crecientes multitudes latinoamericanas, es ya imposible retardar el desarrollo de nuestros países con los obstáculos de una universidad desorganizada y convulsa, espejo tristísimo del subdesarrollo que se quiere superar. Queremos construír, que sea sobre terreno firme. Queremos sembrar, que sea sobre tierra buena. Y es preciso decirlo claramente: uno de los obstáculos más graves —y que conciernen a nuestra conferencia— es el de los inadecuados patrones de comportamiento estudiantil, no corregidos y, más bien, estimulados por el estilo y los planteamientos de la llamada Reforma Universitaria, la cual ha resultado ser un pantano sobre el cual viven zozobrando muchas de nuestras universidades.

La nobleza humana del quehacer universitario y de sus motivaciones radicales surge del **pensar**, que es oficio propio de la gente universitaria. Y el **pensar** es la flor más fina brotada del universo. Preservar el **pensar**, dejarlo iluminarse e iluminar, tal es la maternal función de la Libertad. Por ello, la Universidad tiene que ser, entre las moradas terrestres, el hogar donde la Libertad esté a sus anchas, atesorando la gestación del pensamiento. Es la Universidad, en el más profundo sentido metafísico, un trozo noble del devenir real que aloja la posibilidad de pensar, que es la Libertad. Si la Libertad muere en la universidad, el hogar queda desierto, el **pensar** no nace jamás. Torpes inquilinos invadirán el recinto con groseros festines de orden o de desorden, según los casos.

Por ello no es, por cierto, la imposición compulsiva y violatoria de la autonomía universitaria el método digno y eficaz para crear el orden. La Universidad es la comunidad libre por excelencia. Jamás la imposición producirá el florecimiento de la vida universitaria, con todo lo que ésta conlleva esencialmente de dignidad, de creatividad, de iniciativa reflexiva espontánea y de diálogo libre. El orden impuesto es la falsificación del orden universitario. Exenta de las intromisiones violatorias, crónicas o agudas de dentro o de fuera, solapadas o espectaculares, la Universidad tiene que encontrar su propio camino de orden y eficacia,

* Profesor Principal de Psicología y Director de la Facultad de Ciencias y Humanidades, Psicólogo Consultor del Departamento de Neuro-Psiquiatría de la Facultad de Medicina en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

con pleno ejercicio de su autonomía, fiel a su misión histórica de ser la morada de la libertad.

Y es que la universidad latinoamericana ha de colocarse en el nivel y en la anchura que requieren nuestros países en emergencia —emergencia, en el doble sentido de la palabra, por la agudeza crítica de sus problemas y por la marea ascendente de la vertical movilidad social—; la universidad latinoamericana tiene que preparar a los líderes profesionales que exige la tarea de **convertir el simple crecimiento económico en desarrollo**, el cual consiste en una justa distribución de la riqueza que permita cubrir los costos humanos de nutrición, salud, vivienda, educación, esparcimiento y liberación espiritual para toda la población (pues crecimiento económico, sin desarrollo, más explosión demográfica darán lugar a que los pocos que tienen mucho tendrán mucho más, mientras que los muchos que tienen poco tendrán mucho menos).

Felizmente existen múltiples universidades en diversos países del continente, que, tomando conciencia de su papel en el desarrollo, han constituído la estructura académica y organizativa moderna y adecuada para que los estudiantes cumplan el papel que les corresponde. La Reforma Universitaria, en su tiempo, cumplió su cometido histórico. Hoy el lenguaje de la reforma es un lenguaje estereotipado, postizo, el lenguaje de los epígonos, de los adocenados imitadores del antiguo fuego. La antorcha ha pasado a otras manos y el fuego es un fuego nuevo. Por todas partes surgen universidades, grupos de profesores, demandas, actitudes e ideales estudiantiles que exigen y hacen **otra cosa**, insatisfechos y descontentos de los viejos dogmas reformistas, ya mitos insostenibles a la luz racional: Se trata de corrientes que han brotado aquí y allá, en diversas partes de nuestra comunidad latinoamericana, movimientos paralelos, coincidentes sin propósito previo pero armónico en exigir seriedad y trabajo riguroso, dedicación universitaria, enamorada y austera vocación científica, profunda responsabilidad de promoción social. Se trata, en suma, de un **Movimiento**, que podríamos llamar, de **Renovación Universitaria** y cuyos planteamientos corresponden no sólo al tipo de **universidad para el desarrollo que exige** la actual década y la proyección de las necesidades de los próximos lustros sino el tipo de universidad moderna, es decir, libre y eficaz, capaz de crear un ambiente favorable a la práctica del humanismo, de la ciencia y de la técnica.

Son múltiples las causas de la crisis universitaria en Latinoamérica. Son también multifacéticas las soluciones que se están dando ya al problema. Nuestro propósito es desarrollar un análisis reflexivo sobre un solo punto fundamental, situado en el origen del malestar y entre los puntos de partida de las soluciones ya iniciadas. Este punto se ubica, precisamente, en el centro del tema "Asuntos Estudiantiles" que los organizadores de esta reunión me han encomendado tratar. El punto puede ser circunscrito por los siguientes interrogantes: ¿De qué manera influye la estructura universitaria en el comportamiento del estudiante? ¿Cuál es y cuál debe ser el papel del estudiante en la universidad? ¿Cuáles son los problemas que enfrenta la universidad a causa del estudiante y cuáles son los problemas que enfrenta el estudiante a causa de la universidad? En qué medida es necesario introducir cambios estructurales en la universidad latinoamericana tradicional, o extender los cambios ya producidos, que permitan reorientar las actitudes estudiantiles? ¿Cuáles pueden ser los principios y las bases de organización de una universi-

dad renovada? ¿Cómo debe concebirse la universidad renovadora para que el estudiante comprenda y cumpla su papel coadyuvante de promotor del desarrollo?

Evidentemente, la conducta del estudiante universitario depende de diversos factores y su comprensión cabal fluye sólo de la visión del contexto socioeconómico histórico y cultural de nuestra sociedad en emergente proceso de cambio. Un estudio de semejante complejo de condiciones desborda nuestro objetivo presente, el cual debe moverse, exclusivamente, en la dimensión educativa. Se trata de ver, simplemente, cómo el comportamiento del estudiante constituye, en gran parte, una expresión de la estructura académica y organizativa de la institución a que pertenece.

En suma, el punto circunscrito por los interrogantes arriba mencionados consiste en estas dos tesis: I. El comportamiento del estudiante depende, en gran parte, de la estructura universitaria y, desde un ángulo estrictamente pedagógico, debe ser interpretado en función de ella. II. Entre las causas de la crisis universitaria hay una situada en el origen mismo del malestar que se advierte, en general, en las universidades latinoamericanas y que afecta a la presentación de problemas estudiantiles: la carencia o mengua de lo que podríamos llamar, **una estructura dialogal.** El diálogo, "noble ocupación de personas" (Gracián), es el principio mismo de la filosofía, de la ciencia y de la técnica, es el alma del aprendizaje y de la adecuada relación interpersonal y pedagógica en la comunidad universitaria. Parece que toda la estructura de muchas de nuestras universidades estuviera encaminada a dificultar el diálogo y a hacerlo imposible.

Vamos a analizar los diferentes aspectos vinculados a las dos tesis de base. Quizá el diálogo nuestro sobre estas dos tesis podría dar lugar a un esclarecimiento que permitiese fundamentar la formulación de los principios y de los métodos de una política universitaria, propios de la **Universidad Renovada para el Desarrollo.**

I. Estructura Comunitaria y Universidad Masiva.

Es preciso considerar, en primer término, el aspecto concerniente al problema del número o cuantía de los estudiantes y el grado de organización social (en su dimensión educativa y psicosocial) de la vida universitaria. Indudablemente, es distinto el comportamiento, diferentes las actitudes del estudiante cuando recibe enseñanza dentro de un grupo de condiscípulos cuyo tamaño es relativamente pequeño o adecuado, que cuando el número es cuantioso o excesivamente grande.

Sobre este punto hay muchos conceptos con connotaciones superpuestas que se hace necesario deslindar previamente para superar la confusión conflictiva de la dicotomía —planteada por un mal entendido "popularización de la enseñanza"— entre universidad de "élite" y "universidad de masas". Esta dicotomía constituye una pseudo-alternativa si se considera que en los conceptos de "élite" y de "masa" se han involucrado indebidamente connotaciones que no les pertenecen necesariamente. Universidad de "élite" (de selección) no significa en absoluto universidad clasista, esto es universidad reservada a una casta o un grupo social y económicamente privilegiado. La "universidad masiva", más que por la cuantiosidad del alumnado, debe ser calificada por el tipo de estructura institucional. Es posible una universidad cuantiosa —y de hecho existen universidades del orden de los cuarenta mil estudiantes— sin que por ello sea universidad "masiva". La universidad democrática (si se quiere denominar con más propiedad, universidad demótica, del pueblo, o demotélica, tendiente, abierta al pueblo) puede ser universidad de élite o universidad para multitudes (sea por la cuantía, sea por el nivel y diversificación de los programas docentes que ofrezca) sin que por ello se convierta en universidad "masiva", de masas. El error consiste en haber identificado universidad de selección (élite) con universidad clasista, pseudoaristocratizante (propiamente universidad oligárquica), popularización de la enseñanza y masificación, universidad masiva y universidad para multitudes.

Ha sido el mérito histórico de la Reforma Universitaria la ruptura de la estructura monoclasista imperante en las universidades reservadas a las clases dominantes. Sin embargo, el haber mal entendido y mal usado el concepto reformista de la "popularización de la enseñanza" ha llevado a la universidad masiva, incluso a nuevas formas estructurales de dinámica clasista (al introducirse en la universidad una suerte de monoclasismo del proletariado, de lucha de clases). El concepto de popularización de la enseñanza, rectamente entendido como oportunidad abierta a distintas clases sociales, no debiera llevar a la masificación. Estamos, pues, en desacuerdo con la universidad clasista y la universidad masiva, tanto por tener estructuras antiuniversitarias (infieles a la idea de universidad), y antipedagógicas, cuanto por los inadecuados comportamientos estudiantiles que condicionan.

Llamamos **estructura comunitaria** aquella que cumple por lo menos con los siguientes requisitos: a) Selección estudiantil imparcial y técnica que permita escoger a los mejores candidatos en capacidad, conocimientos y madurez personal, independientemente de consideraciones de tipo socio-económico, clasista, racial o de ideología política o religiosa. El ingreso a la universidad se convierte así en la primera lección de fe en los hombres y en las instituciones que recibe el estudiante. La prematura frustración de esta fe envenenan el alma juvenil de resentimiento agresivo y debilita los patrones morales de su comportamiento. b) Número clauso determinado por la capacidad pedagógica de la institución y de acuerdo a un módulo. c) Posibilidad de favorecer la existencia de grupos de tipo primario (en sentido sociológico).

En la estructura comunitaria el alumno recibe enseñanza personalizada y realiza un aprendizaje activo experiencial y dialogal (discúlpesenos los neologismos), establece relaciones interpersonales con sus maestros y condiscípulos, actúa cooperativamente con espíritu de equipo de trabajo, se siente solidario con su grado de estudio y con su institución debido a la existencia de mayor cohesividad y estabilidad, propios del grupo de tipo primario. El comportamiento es constructivo y con sentimiento de pertenencia —efectiva y eficaz— al alma mater. Se agudiza, por último, la conciencia de co-responsabilidad en la buena marcha y progreso de su universidad.

En la universidad masiva tenemos: a) carencia de selección o presencia de procedimientos laxos, improvisados y sujetos a diversas presiones. b) Si existe examen de ingreso, se aceptan tantos estudiantes cuantos hayan alcanzado la llamada nota aprobatoria, nota convencional sin fundamento técnico, que deja la selección a un azar peligroso, en muchos sentidos. La capacidad pedagógica institucional apenas si es tomada en cuenta y si se establece número clauso, éste puede variar no por razones técnicas sino por la influencia de presiones. Como se ve, la puerta de entrada a la universidad está viciada por factores negativos creados por la estructura: personal estudiantil de baja calidad, mal seleccionado, actitudes emocionales pervertidas por la experiencia de la obsecuencia de la autoridad y la eficacia de la presión, que a veces, incluye el fraude. Hay muchísimos estudiantes que creen que el apoyo de un padrino poderoso o la mera pertenencia a un partido político es la clave

del ingreso y sin ello se siente desamparado. c) Se establece la existencia de un grupo de tipo secundario (en sentido sociológico).

Vemos, entonces, el espectáculo del hacinamiento tumultuoso en universidades sobrepobladas, a las cuales los alumnos no concurren sino para dar examen, incluso en forma extemporánea y poco seria. Los catedráticos "dictan" una enseñanza tipo discurso oratorio a conjuntos aglomerados de alumnos que no tienen oportunidad de entrar en contacto personal con su profesor ni de participar efectivamente en la experiencia activa del aprendizaje. El maestro y el libro son sustituídos por un ruinoso sistema de imperfectas y a veces mostruosas copias mimeográficas a las cuales, en su desamparo pedagógico, recurre el alumno como único recurso defensivo para enfrentarse a la farsa de un examen memorístico decisorio. Esta torpe costumbre, vicariante de la acción magistral y del instrumental bibliográfico múltiple, agregada a la simulación de la enseñanza práctica que consiste en enterarse de los hechos de laboratorio o de clínica por una visión superficial, a veces de oídas, sin ejercicio propio y manejo de las cosas mismas, producen un estudiante pobre de reflexión e inventiva, fácil presa del fanatismo por ausencia del ejercicio del sentido crítico y del trabajo de diálogo racional esclarecedor, desinteresado de la enseñanza, y, por ende, propenso a entretenerse o encandilarse con cualquier ocioso ajetreo del activismo partidarista que se exhibe en la feria de plataformas políticas que constituye la universidad masiva. Allí vierte todos sus descontentos y frustraciones de estudiante, para quien la enseñanza no se ofrece como incitación de fascinado interés, sino simple rutina que hay que sortear en espera de que la carrera de menguados obstáculos por el cartón del título haya terminado. La rutina, el monólogo magistral, la carencia de diálogo y de aprendizaje activo, ahuyentan al estudiante hacia menesteres más excitantes, y en el anonimato propio de la universidad masiva, consuma el desahogo de sus frustraciones refugiándose en violentos ensueños heroicos de salvación. La característica cardinal de la universidad masiva, origen de las desadaptaciones en el comportamiento estudiantil descritas, está constituída por la **despersonalización** de las relaciones entre maestros y alumnos y entre los propios condiscípulos. Se hace entonces laxo el sentido de responsabilidad para con su propia institución. La indiferencia pasiva o la violencia autodestructiva implícitas en la realización de desórdenes perjudiciales para el funcionamiento e incluso la integridad física de la universidad, revelan más solidaridad con la facción de gregaria existencia efímera que con el alma mater. El alumno masivo no se ha incorporado realmente a una comunidad en lo que ésta tiene de participación en las actividades, en el destino y en el progreso del conjunto estructurado institucionalmente.

En suma, la estructura comunitaria permite un comportamiento estudiantil ordenado cooperativa y constructivamente, hábitos de estudio racionales, personalización de las relaciones docente-discente, integración en un grupo primario, con todo lo que ello conlleva de sentido de responsabilidad, respeto a los límites, solidaridad e ideales progresistas. Séanos permitida esta acotación: "la universidad masiva" no constituye sino una pseudo-solución al problema de la presión demográfica de nuestras crecientes poblaciones a predominio juvenil, es la deformación de la democratización y, más bien, significa un peligroso estímulo más en la crisis de las expectativas crecientes.

II. Estructura académica y Servicios al Estudiante.

El estudiante recibe influencias diversas, positivas o negativas, según la forma de estructuración académica, el modo y organización del curriculum, y la

existencia o inexistencia de servicios estudiantiles y de programas co-curriculares. Por razones de brevedad, agrupamos todos estos aspectos en dos tipos estructurales paradigmáticos, cuyas características, aquí unidas, pueden ir separadas o mezcladas en la realidad de nuestras universidades: 1. **Neotipo universitario,** universidad moderna; 2. **Paleotipo universitario,** universidad tradicional. Preferimos utilizar los términos de Neotipo y Paleotipo — aunque no sean muy agradables y suenen algo geológicos — por dos razones: Con el objeto de poner énfasis en que se trata de dos puros esquemas abstraídos de la realidad compleja e impura y para deslindar con nitidez el **tipo** frente al **hecho** de la novedad o antigüedad reales de las universidades, pues hay recientísimas universidades ("modernas") que son un estampado paleotípico, mientras que algunas antiguas y respetables universidades tradicionales han incorporado estructuras y sistemas que pertenecen al neotipo universitario.

1. En el **Neotipo Universitario** tenemos:

a) Estructura Departamentalizada. El Departamento es la unidad funcional de la universidad, la cual está constituída, primariamente, por departamentos. Consiste en la reunión de profesores de disciplinas afines y conexas, que organizan planes conjuntos de investigación y que se reparten la tarea docente de manera funcional para diferentes propósitos y a distintos niveles, sirviendo, interfacultativamente, a la universidad como unidad integrada. El Departamento es una **estructura dialogal** por excelencia, puede tener varios profesores principales (necesidad de tiempo completo, etc.) y la Jefatura constituye un episódico asumir responsabilidades con fines de acción administrativa y coordinación docente, desprovista del aparato ornamental y autárquico del Titular Jefe de Cátedra.

b) Sistema de categorización docente. La designación y promoción de categorías académicas es en virtud de una evaluación permanente y en función de los merecimientos del profesor. Se ha confundido categoría docente con cargo a ocuparse por vacante, reliquia de la Cátedra Feudo, propia del paleotipo universitario, en la que se establece un largo proceso de espera y una lucha sorda para ocupar la Cátedra vacante.

c) Curriculum flexible y enseñanza coordinada, para producir, respectivamente, la racionalización y la integración en el aprendizaje.

d) Existencia de un ciclo básico de formación general (nivel del llamado de "estudios generales").

e) Sistema de evaluación múltiple del rendimiento y personalidad del estudiante (tests de inteligencia, exploración vocacional y de personalidad, apreciación del trabajo mismo del estudiante, multiplicidad de interrogatorios, trabajos, pasos, exámenes parciales de tipo acumulativo, etc.)

f) Servicios de consejo, orientación y tutoría vocacional y pedagógica del estudiante.

g) Sistema de evaluación crítica de la enseñanza (encuesta sistemática para conocer la opinión del alumno).

h) Actividades co-curriculares (abandonamos el término extracurricular, por considerar que se trata de actividades concurrentes al propósito educativo, más que meramente instructivo, del curriculum y no de un mero apéndice de esparcimientos).

2. El **Paleotipo Universitario** tiene las siguientes características:

a) Estructura académica por Cátedras. Es un sistema piramidal regentado por un solo catedrático Titular Principal y varios asistentes subordinados. Aquí se identifica Cátedra, asignatura, cargo y categoría docente. Cada Catedrático actúa como dueño absoluto de la asignatura que "dicta" del sistema insular de la facultad; y si se requiere enseñar la

misma materia en otra facultad entonces tiene que crearse otro feudo privativo, con la consiguiente duplicación antieconómica y el aislamiento y atomización de la enseñanza. El Catedrático es de tiempo parcial.

b) El paleotipo universitario tiene variantes en materia de incorporación y promoción de Catedráticos. Hay desde la mera designación a dedo con criterio nepotista y de círculo oligárquico cerrado hasta el método de oposiciones y concursos, incluyendo el sistema de Cátedra Paralela, propugnada por la Reforma.

c) El curriculum es rígido con asignaturas largas y abigarradas, orientado a la profesionalización liberal tradicional con matiz individualista y de tipo decorativo de cartones y diplomas. La enseñanza es exclusivamente expositivo-verbalista, no hay planificación programada y en cambio predomina la dispersión atomizada de asignaturas no coordinadas. La integración del aprendizaje y su aspecto activo, experiencial y dialogal no existe y son sustituídos por la asimilación reproductora y mnemónica de lo que el Catedrático ha "dictado".

d) No hay ciclo de formación general y humanística en cuyo nivel pueda operar una etapa de transición con oportunidad de elección de carreras y orientación vocacional del estudiante. Lo que hay es un sistema tubular pre-profesional, específico y predeterminado (premédica, pre-odontología, pre-abogacía, pre-educación, etc.).

e) Sistema de exámenes finales decisorios (el ejemplo típico es el examen oral frente a un solemne jurado de Catedráticos). No hay una apreciación multidimensional del estudiante.

f) No existen Servicios del Estudiante.

g) No hay un sistema técnico de evaluar críticamente la enseñanza. El paleotipo universitario oscila entre la inamovilidad sacrosanta del Catedrático, aunque sea ineficiente, y el Derecho de Tacha, — con sus curiosos reglamentos — introducidos por el reformismo.

h) El paleotipo universitario prerreformista y el reformista introdujeron la extensión universitaria, como forma de actividad extracurricular. Fué una solución parcial y, a veces, deformada, al problema de interesar al alumno en otras actividades diferentes del simple estudio de asignaturas.

En el contexto de las estructuras del Paleotipo y del Neotipo universitarios podemos describir y comprender diversas formas de actitud y de comportamiento estudiantiles. Si se considera que la Universidad es una institución educativa se hace grave meditar hasta que punto la propia estructura puede subrayar o crear actitudes y comportamientos negativos, deformar o promover potencialidades conductuales positivas.

El comportamiento estudiantil neotípico (propio de la universidad moderna y para el desarrollo) traduce aspectos positivos de la estructura académica esencialmente **dialogal**, con número suficiente de profesores de tiempo completo, dotado de una amplia visión educativa que trasciende la limitación del mero "dictado de Cátedras".

El estudiante, procedente del sistema tutelar y de la enseñanza secundaria, en edad de inquietudes múltiples y frecuentemente caóticas y contradictorias, todavía en período de maduración psicoespiritual, necesitado de experiencia de comunicación personal fundamental que le permita confrontar sus vagas aspiraciones con las condiciones de factibilidad real, en los umbrales de una juventud cuya adolescencia apenas ha dejado y en los cuales empiezan a aparecer los primeros problemas duros —es la época en que suelen ocurrir crisis familiares, muerte del padre o la persona responsable de la familia, abandono del hogar, colapsos económicos, conflictos emocionales, problemas sexuales, pérdida de la fe, inquietud por pertenecer a grupos esotéricos, sectas, partidos políticos, preocupación por la autoimagen con sentimientos de inferioridad o compensaciones de sobrevaloración propia, etc.— ingresa a la universidad y su comportamiento viene a ser la resultante de dos vectores; lo que él trae consigo mismo como ser y problemática y la influencia de la institución universitaria.

En el paleotipo universitario el estudiante se encuentra prácticamente solo, más aún, desamparado, peor aún si se agrega el componente de la masificación con todo lo que tiene de anonimato y despersonalización. En este sistema paleotípico, el estudiante, en el mejor de los casos, está abandonado al azar, a lo más se convierte en un aparato de reproducción mnemónica, en un astuto cazador del diploma, con el cual la universidad lo arroja a la vida sin haber rozado todo el complejo humano que alojó transitoriamente en su local, que no es ni hogar ni taller de trabajo racional. No es extraño que aparezcan diversas suertes de comportamiento negativos: indolencia, ausentismo, agresividad, fanatismo, insatisfacción crónica, pandillismo, necesidad de refugios afectivos peligrosos para su equilibrio y desarrollo sano. El paleotipo universitario no sólo no atiende a sus problemas — está esencialmente imposibilitado — sino que subraya lo defectivo: el sistema de Cátedra es una lección de monoloquio, verticalidad y decorativismo, el estudiante no encuentra allí el modelo de un trabajo en equipo, en cambio se acentúa el individualismo egocéntrico con todo lo que implica la conducta irresponsable frente a las normas y a las vinculaciones comunitarias; la sorda lucha de los profesores por ocupar la cúspide vacante de la pirámide revela al estudiante las fisuras, las debilidades humanas, de sus solemnes y distantes Catedráticos, creando la atmósfera de pérdida de fe en la autoridad y en el maestro, nada menos que en la edad rebelde en que es necesaria la autodisciplina suscitada y fundada en y por el ascendiente moral y espiritual de quienes la encarnan. La lucha por el titularato o principalato exclusivo y único divide la cátedra en grupos beligrantes y naturalmente hace imposible el diálogo. Contra esta Cátedra-Feudo se pronunció la Reforma Universitaria y su pronunciamiento fué la sustitución multiplicante de un mal por otro: la Cátedra Paralela. Este sistema, competitivo por esencia, subraya la atomización y la duplicación y abre la compuerta a la complacencia con los ineptos y con los maestros menos exigentes, cuando no a la agitación de los políticos de afuera que ven de esta manera la forma de entrar en la universidad, por presión de estudiantes adoctrinados, proselitistas o convenidos. La Cátedra Paralela es en sí la negación del diálogo y la instauración duplicada de monólogos paralelos, insulares y competitivos.

El paleotipo universitario aumenta la pasividad del estudiante al ofrecer un curriculum rígido, en el que no hay oportunidad ni estímulo para la capacidad de optar y preferir, lo cual condiciona, indudablemente, un tipo de estudiante adocenado que sigue, sin saber por qué, rieles pre-establecidos, o se aparta de ellos para dedicarse por su cuenta a una suerte de azaroso y a veces aún malsano actuar autodidáctico, con todo el peligro que ello entraña en una edad en que la orientación personal y el comercio intelectual con el maestro planifica un aprendizaje vivo en el cual puede surgir la excelencia del discipulado. El Catedrático por horas, generalmente atareado en otros menesteres extrauniversitarios, no significa, en el paleotipo universitario, solamente la expresión de falta de recursos económicos suficientes (en realidad, es demostrable que este sistema de tipo de profesor por horas en realidad resulta más caro, pues, como señala Walter Peñaloza, el costo se pulveriza en multiplicidad de haberes mínimos) sino algo más grave, significa la expresión de una política universitaria deliberada de atraer "personalidades" brillantes que dan prestigio a la universidad, lumbreras, cuyo éxito profesional impide una dedi-

cación universitaria completa. En realidad, en el paleotipo universitario, se cumple lo que afirma Peñaloza: "La Universidad vive brillando por luz ajena. Si se da el sistema de profesores de tiempo completo la Universidad terminará brillando con una luz propia".

La exclusividad del curriculum rígido, como tarea única de la universidad paleotípica, afecta también a la debilidad o inexistencia de actividades co-curriculares, sea que pueden ofrecer a la espiritualidad el ancho espacio de respiración que abre el arte y la cultura, con todo lo que de alivio y de transfiguración del dolor y de las frustraciones que significan en beneficio de la integración y de la elevación de la personalidad, sea que canalicen la inquietud político social, frecuente en el estudio latinoamericano, mediante programas extramurales de acción social en la comunidad, con todo lo que ello significa de edificación de patrones de comportamiento cooperativos y constructivos, de salida activa, productiva y responsable a la afectividad juvenil, cargada de sentido de justicia social y que suele, de otras maneras, desahogarse en agresiones verbalistas y destructivas.

El neotipo universitario es fecundo en incitaciones positivas para la adecuada estructuración del comportamiento estudiantil: a) la estructura dialogal mencionada que caracteriza al Departamento se traduce en hábitos de ajuste al grupo, con marcada connotación de diferenciación de la personalidad, polarmente opuesta a la desdiferenciación borrosa del alumno-número inherente a la universidad masiva (que no es sino un estrato reciente del paleotipo universitario); es decir, el alumno recibe de la estructura departamentalizada y a manera de atmósfera en que se respira de influencia ambiental constante y, por decirlo así, de tipo subluminal, los hábitos cooperativos del trabajo en equipo, del intercambio de ideas, de la discutibilidad democrática y racional de los asuntos, de la necesidad de deponer apetitos personales frente al bien común, de la exigencia de confrontar las propias opiniones con las ajenas y, si es justo, rectificarse. b) el estudiante que ingresa, desorientado y portador de problemas del tipo anteriormente señalado, encuentra, en los "estudios generales", en los sistemas de orientación y consejo y tutoría, en los programas de acción social extramural ("cooperación universitaria"), posibilidades de insertar su persona en una estructura comunitaria en la que recibe asistencia corporativa, incluyendo becas y sistemas de pensiones escalonadas.

En suma, el paleotipo universitario y el neotipo universitario se expresan en diferentes patrones de comportamiento estudiantil. En el primero, el estudiante desarrolla una conducta individualista y propensa a la masificación, indiferente o frustráneo-agresiva, sumisa o rebelde, muchas veces derrotista, indisciplinada, desordenada, desarticulada, pasiva. En el neotipo universitario el comportamiento estudiantil resulta autodisciplinado, activo, copartícipe por motivaciones cooperativas y constructivas; es decir, el orden y la integración, la capacidad de respeto y de límites, el sentido de responsabilidad, el amor y la perseverancia en el estudio, la generosidad y la fe prospectiva caracterizan patrones óptimos de conducta estudiantil, derivados de una estructura educativa que fomenta las mejores disposiciones del hombre en la edad juvenil.

Como ejemplos últimos y bien específicos de la influencia benéfica o maléfica de los sistemas, pondremos el caso del derecho de tacha y del examen de honor. Ante el problema de la ineficiencia docente del profesor ¿cuáles son las soluciones posibles para educar las reacciones del alumnado descontento y frustrado por una mala enseñanza? Si la estructura organizativa emplea el sistema de delegación del estudiantado, en que se establece un procedimiento defensivo por representación, si se utiliza el derecho de tacha, en que por votación de asamblea se

acuerda eliminar a un profesor, indudablemente se están fomentando patrones de comportamiento agresivos, de conflicto, de masificación, de calco de la lucha sindical obrero patronal. Si, en cambio, se da oportunidad a cada estudiante para expresar su opinión personal (no por delegación) canalizada en un sistema técnico y abarcativo de encuesta de evaluación de la enseñanza, cuyos resultados puedan tabularse y establecerse correlaciones, que no tiene el carácter definitivo e infamante de la tacha ni la impersonalidad masiva de la votación, sino todos los aspectos reales de una investigación científica y pedagógica objetiva, no solamente se fomentan patrones de comportamiento cooperativo (pues el estudiante es motivado a responder la encuesta como aporte crítico para mejorar la enseñanza) sino que se alienta al profesor para enmendar rumbos equivocados, que si resultan insuperables constituye responsabilidad de la institución el remover o reemplazar al personal docente y no acción unilateral de presión estudiantil (por más que su pedido sea justificado).

El derecho de tacha constituye un planteamiento defensivo-agresivo, indeseable como procedimiento de educar a la juventud, como se ha visto, y más aún si se agrega el hecho, bastante frecuente, de la solapada ingerencia de factores ideológico-políticos en su innoble ejercicio.

El examen de honor, por otro lado, constituye además de un buen ejemplo de estímulo de los resortes positivos de la motivación estudiantil por obra de un sistema, sirve de paradigma de una mentalidad universitaria neotípica en las relaciones profesor-estudiante. En el sistema paleotípico de examen vigilado sucede lo siguiente:

1) Se parte de la premisa de que los estudiantes son deshonestos y van a hacer trampa; 2) El Profesor que vigila se convierte en cómplice del fraude, lo acepta en principio; 3) Es inaceptable que los procedimientos de examen en nivel universitario funcionen sobre una actitud que no subraya la honestidad en principio sino la habilidad para burlar sistemas de vigilancia, habilidad festivamente celebrada como virtud del estudiante. Frente, pues, al procedimiento del controlado examen final decisorio, tentación para el estudiante cuya moral institucional es baja y más aún cuando este examen representa una valla más en la carrera de obstáculos a sortear para llevar a la ansiada meta del diploma, seducción fatal en la universidad masiva en que el anonimato permite al estudiante perpetuar el fraude salvador de la copia (alentado por su alto memorismo), se encuentra dentro de la mentalidad universitaria neotípica la posibilidad de realizar exámenes no vigilados, en que se deja a la honestidad personal del estudiante, a su sensibilidad moral frente al juicio de los demás condiscípulos de su grupo, la responsabilidad de actuar correcta y libremente, escogiendo un patrón de comportamiento noble (responder a la confianza depositada por el profesor en él, hacer uso elevado de su libertad) o un patrón de comportamiento ruin (aprovecharse de la confianza ajena en beneficio propio y en perjuicio del nivel moral de la institución a que pertenece, usar abusivamente de la propia libertad). Y es que en el neotipo universitario, en el modelo de la universidad moderna, auténticamente democrática, para el desarrollo en la universidad de estructura comunitaria, la moral es base de relaciones humanas de nivel superior y en ella tiene que cumplirse lo que afirma el maestro Honorio Delgado: "La moral es fundamento de la libertad en la educación y de la educación para la libertad".

III. Estudiante, Agrupaciones Estudiantiles y Gobierno Universitario.

Nuestra atención mas intensa y profunda, en tanto que maestros universi-

tarios interesados en los comportamientos estudiantiles, tiene, ahora, que gravitar, necesariamente, en aquellas manifestaciones del estudiante que afectan no sólo a la organización de la Universidad, sino su existencia misma en tanto que tal, y que están vinculadas a la idea que el mismo estudiante se ha formado sobre su papel en la vida universitaria y social. No es posible mirar con indiferencia o simple fastidio, —fascinados o evadidos voluntariamente en nuestras nobles tareas docentes o de estudio—, la acción juvenil que se realiza a través de sus organismos y agrupaciones, la costumbre o la impaciencia del estudiante de participar en el gobierno de las universidades, su creencia, a veces fervorosa, en un papel mesiánico que desempeña mediante un agitado activismo político. Es parte de nuestra tarea de educadores observar y comprender al estudiante en toda su amplitud y, enérgicamente, sin compromisos, vigilantes, enamorados de nuestro ideal académico, señalar aquellos errores que desnaturalizan la vida universitaria. Es parte esencial de este análisis volver a nuestra tesis de base y preguntarnos: ¿En qué medida la estructura organizativa de la agrupación estudiantil y la del gobierno universitario condicionan comportamientos diversos del estudiante? Nuestra respuesta a este interrogante requiere una referencia previa a la manera de ser de la juventud actual. De esta manera podría sondearse la profundidad y la complejidad del problema. No se puede ser dogmáticos y menos en asunto tan delicado como este de la verdad de los jóvenes. Y la verdad, a veces, es, con frase penetrante de Gracián, "un sangrarse del corazón". Más aún cuando vamos a dar nuestra opinión sobre cuál creemos que debe ser el papel de la juventud en la vida universitaria.

a. Reflexión Preliminar sobre la Mentalidad Juvenil.

No debemos engañarnos respecto de la verdadera situación de los jóvenes. Menos aún quienes como maestros pensamos en la disciplina y nos sentimos inclinados a la severidad. La juventud de hoy tiene una experiencia prematura de la vida, vive aceleradamente, conoce muy pronto las debilidades de sus mayores, suele palpar antes de tiempo y de cerca el barro humano de que están hechos los ídolos de la niñez. Está viendo con sus propios ojos y sintiéndolo en su propia carne la crisis de la vida familiar, la ansiosa lucha por el confort y la seguridad en las ciudades, la liquidación de conceptos paternalistas y de autoridad que parecían inconmovibles. Los jóvenes de hoy laten al ritmo veloz, jadeante, de la época que vivimos, tienen aguda conciencia de que el privilegio es una ofensa a los desposeídos, son intensamente sensibles a la discordancia entre lo que se dice y lo que se hace, han tomado conciencia de la amplitud de un universo que se explora hasta las entrañas de la materia y el silencio sutil del espacio exterior. Los jóvenes se han dado cuenta de que no viven en un mundo celeste ni rosado, sino en un mundo complejo que pueden mirar por las ventanas, accesibles a todos, de la televisión y el cine, los periódicos y las revistas ilustradas, las más de las veces, más interesados en excitar y vender que en educar e instruír.

Y en nuestro continente la fisonomía descrita de **cosmopolitización de la mentalidad juvenil** —obra de la urbanización y de los medios de comunicación de masas— cobra particularidades específicas. Se perfila una nítida rebeldía contra los estereotipos de la mentalidad burguesa, proclive al utilitarismo y a la comodidad, a la transacción farisáica con los intereses creados, a la magnificación de la respetabilidad, aunque encubra complicidades que una sensibilidad menos fina como la que ahora tienen los jóvenes por la justicia social titularía de realismo y no de complicidad. Y de hecho los jóvenes quieren abrirse su propio camino hacia un mundo mejor, mejor que el que heredaron de imperialismos y convencionalismos, de guerras atroces y de servidumbre, de silencios prolongados ante la explotación del campesino, del minero, del trabajador, de la gente que aún vive en la desnutrición, en la insalubridad, en la ignorancia, en el desamparo. Y esta es la grave ambivalencia de los jóvenes: quisieran hacer saltar a pedazos un mundo de injusticia, de frivolidad y de hipócrita respetabilidad, quisieran, también, crear un mundo mejor, en esta terrible vocación terrestre que ya no quiere saber de antiguas consolaciones. El joven de hoy no puede menos que vivir a la intemperie de la realidad y ante ella parece no caber sino las dos formas de desesperación, la violenta y agresiva o aquella otra desesperación de la frivolidad y el aturdimiento. Cabe una posibilidad constructiva: la de sentirse responsables por el nacimiento de un mundo mejor. Y esta posibilidad es la que tiene que tipificar a nuestro continente. Ejemplo aleccionador, por contraste, es el caso de los **evadidos**, es decir, de aquellos jóvenes latinoamericanos que se sienten mediocres y aplastados en sus propios países y que buscan el refugio de las ciudades europeas para no enfrentarse con su propia mediocridad y aplastamiento. ¡Cómo si nuestra realidad geográfica y social no fuese un reto y una inspiración para entregarse a la acción creadora, a la acción humanamente redentora del hombre! La misma juventud norteamericana heredera y usufructuaria del fastuoso éxito de la producción en gran escala está ya dando algunas muestras de que en todo nuestro continente hay tarea de justicia por hacer, pues las juventudes de todos los países han cobrado conciencia a nivel planetario, conciencia que hace que el dolor de un hombre lejano es dolor propio. Y en Latinoamérica son precisamente los jóvenes universitarios, no curtidos aún a la injusticia, quienes son la conciencia viva y despierta de una realidad que no es solo un mapa y una palabra sino una población de más de doscientos millones de habitantes que crece aceleradamente, con sus gigantescas mitades de analfabetismo y de carencia de agua potable para beber. El estudiante universitario latinoamericano ha hecho ya suya esta sed física y cultural de los pueblos, y eso no lo puede ya nadie detener y en buena hora.

En la situación planteada, esta juventud, pues, no puede ya afirmarse en la fría admonición del precepto rígido, ni menos contentarse y controlarse con la solemnidad enfática del moralista. Esta juventud quiere y debe ser rebelde e inquisitiva, está como nunca necesitada de fe, pero de una fe vivida, probada. No operan para los jóvenes de nuestro tiempo la simple formulación del mandato, la regla y la sujeción coactiva, lo que requieren es la comprensión y el aliento que brotan de la autoridad genuina, no máximas y reprensiones sino ideales realizables y proyectos de alta vida, no ilusiones o realismos negativos y pesimistas sino la verdad de la realidad que es y la belleza encarnable de la realidad que debe ser. Para esta juventud, propensa a causa del ambiente al decaimiento y a la sensualidad, al escepticismo estéril y a la blandura del ocio desorientado y desesperado; para esta juventud desafiada por la realidad social adversa y por ende inclinada también a la protesta, a la violencia, a la impaciencia por cambiar las cosas, para esta juventud la disciplina tiene que cobrar un nuevo sentido: no de reja que aprisione el vuelo de su espontaneidad sino ley inmanente, brotada desde dentro, es decir, de la convicción de la necesidad de límite y de orden que implica perseguir y lograr un ideal de vida que se ama y por ende, se respeta. Corresponde a la universidad asumir la gran responsabilidad histórica de educar a una juventud en estas condiciones, de crisis constructiva del porvenir, cuyas señales aparecen en la politización y en la protesta que surgen por todos lados; corresponde a la universidad proponer los urgentes ideales de vida que organicen y estimulen una actividad juvenil real-

mente positiva y creadora. En verdad, el único realismo eficaz es el del idealista que enfrenta las realidades de hoy en función del mañana. Después de todo, como educadores, sin la perspectiva del porvenir no sabríamos que hacer ahora. Y es con todas estas reflexiones que queremos entrar al problema de las organizaciones estudiantiles y de la aspiración a participar en el gobierno de las universidades.

b. Las Agrupaciones Estudiantiles.

Se conocen con diferentes nombres y hay diferentes tipos de agrupación estudiantil: Federaciones, Centros Federados, Asociaciones, incluso Concejo (con "c", evocando la institución municipal, deliberadamente) Comunal de Estudiantes, cuyo presidente se denomina "alcalde". Las hay con fines estrictamente culturales —se reunen los que libremente quieren incorporarse con el objeto de cultivar una ciencia o un arte—, otras reunen estudiantes incluso, con el fin específico de subsanar la deficiencia de la enseñanza académica oficialmente recibida, agrupación de autodidácticos ya desesperados de mejoras en la "Cátedra". También hay Asociaciones para el cultivo y progreso de una disciplina o profesión. Las agrupaciones más extendidas y de mayor influencia, por lo menos, de más aparatosa presencia —pues las otras generalmente trabajan en el silencio, a veces con el recelo o la franca hostilidad de las Federaciones y Centros, cuando no intentan estos también coparlas—son las de carácter definidamente representativo, cuyas decisiones tienen obligatoriedad para las "bases". El sufragio es obligatorio y los reglamentos de elecciones establecen diversas sanciones y penas a quienes han omitido votar. Las sanciones establecidas ratifican la obligatoriedad de pertenencia forzosa al organismo estudiantil, pues las penas no se limitan solamente a impedir al omiso su posibilidad de presentarse como candidato en próximas elecciones o a pagar multas sino que afectan a su condición misma de estudiante en cuanto tal, porque el omiso no podrá matricularse en el año siguiente y tendrá que privarse de postular a Becas y de participar en la representación de la universidad en actividades académicas, culturales y deportivas. En este tipo de organismo representativo-compulsivo, —Federaciones, Centro Federado, etc.— no pueden ser candidatos los miembros de los institutos militarizados, el clero y la policía civil o de investigaciones. Y ello se explica si se considera que las directivas del organismo forman parte del cogobierno de la universidad, y de las facultades generalmente en forma de tercio estudiantil o de cogobierno paritario. Se pretende, pues, con esa discriminación a la posibilidad de ser candidato, dejar manos libres a los directivos en su función de cogobierno universitario, bajo el supuesto de que la condición de militar, policía o sacerdote implica una previa toma de posición frente a problemas que indudablemente no son estrictamente universitarios. Si los asuntos a manejarse en el cogobierno fuesen exclusivamente relacionados con el progreso de la institución, indudablemente no se explicaría el haber colocado en condición disminuída a las personas de esas profesiones que por ejercerse no implica necesariamente que dejen de ser estudiantes si lo son y que no pueden interesarse también por el mencionado progreso institucional, que debiera ser el único fin de las organizaciones de este tipo representativo cogobernante. Esencialmente no es así, y las candidaturas y listas representan directa y dependientemente partidos políticos, coaliciones de partidos, frentes ideológicos tambien partidistas que a veces se amalgaman y disfrazan bajo el rótulo de independientes, con el fin de capitalizar el voto del estudiante indiferente y desprevenido, obligado compulsivamente a participar en el sufragio y por ende a pertenecer, quiera o no, al organismo estudiantil único. La división en dos organismos o federaciones es realmente una crisis institucional, es algo parecido a la secesión en dos repúblicas, tal es la inherencia del federacionismo representativo en la universidad. Y esta inherencia y esta pertenencia obligatoria, esta responsabilidad cogobernante de la institución, dan mucho que pensar sobre la posibilidad de autonomía universitaria auténtica si se toma en cuenta la politización partidista, pues en realidad los delegados elegidos significan directamente el triunfo de un partido político, no representan en realidad al estudiante como estudiante sino al partidario y por tanto las decisiones de gobierno de la universidad estarán determinadas desde fuera por las consignas y directivas del partido correspondiente (no hay que olvidar que la pertenencia a un partido exige una cierta disciplina y que en nuestros países la captura de la universidad es un objetivo político muy preciso para convertirla institucionalmente en grupo parcializado de presión, papel que dista mucho de ser universitario). Y ello no es extraño, puesto que en diversos documentos estudiantiles importantes, se considera que la "autonomía universitaria" es un simple **medio**, circunstancial, justificable tácitamente, mientras pueda servir a los fines y objetivos que se quieran conseguir (que son naturalmente servir a la lucha político social de ideología de partido; cuando el partido haya conseguido la captura de los resortes del poder, piensan esos estudiantes, la autonomía es innecesaria). Pero lo grave es que en la tónica de esas agrupaciones estudiantiles se hace una apología declamatoria de la autonomía, a pesar de desfigurarla al convertirla en salvoconducto de activismo y prédicas doctrinarias y en tabú cortante de toda relación con el Estado, salvo la de recibir dinero del contribuyente.

¿Cuál es el papel de este tipo de Centros y Federaciones de tipo representativo-compulsivo? Su característica está fijada esencialmente al ser, utilizando expresiones de los mismos estudiantes, "núcleos de participación masiva del estudiantado en un **centro único, con agremiación automática**". Su papel está expresamente definido por los estudiantes: "Lucha de conjunto y organizada", "institución que dirige y coordina los esfuerzos de la acción dentro y fuera de la universidad". Claro está que se acepta la promoción y realización de actividades culturales, deportivas, etc., pero esto es secundario, pues su papel es "tomar decisiones de mayor trascendencia" que faciliten su conversión en "un órgano fuerte y representativo que lleve adelante las luchas en los distintos lugares". Los Centros Federados son, pues, grupos activistas de presión concreta sobre puntos específicos en un cuadro general activo de captura del poder político subordinado a una ideología dogmática, vertical y exclusivista.

Esta mentalidad político-beligerante que desde hace años se viene adueñando de las inquietudes sociales estudiantiles y que se expresa en el tipo de agrupaciones representativo-compulsivas. ¿Que significa en realidad? La Universidad es una institución educativa, estos organismos no sólo están dentro de la universidad, por su constitución pertenecen a ella. ¿Cuáles consecuencias en el comportamiento estudiantil se pueden derivar de este tipo de estructura de las organizaciones estudiantiles? Son dos preguntas profundamente inquietantes para un educador, más aún, desgarradoras si el educador tiene en mente las dimensiones psicológicas, y sobre todo sociológicas de estos interrogantes. No se piense que queremos magnificar el problema, pues en la práctica de lo que se trata es de la pseudopolitización, lo que se hace es pseudo-política, mero pandillismo y controversia anecdótica. Pero el fenómeno está allí, no solo perturba el funcionamiento de la universidad, la desnaturaliza como institución, sino que su persistencia está deformando la mentalidad juvenil. Y en esto el fenómeno sí es grave, es un elemento más de desorganización social e institucional que

en este caso hiere una de las fibras nerviosas más nobles de la vida social latinoamericana: la seria y eficiente preparación de la juventud universitaria para convertirse en agentes del desarrollo. Con una actitud mental amplia podemos pensar que estos jóvenes agitadores universitarios cumplen un papel en el proceso de cambio, en la transformación de una sociedad injusta en una sociedad justa. Seguramente esto es así, están aportando, por vía negativa, su cuota en la necesidad de precipitar el cambio. Pero con sus métodos tácticos se están mediatizando a sí mismos, están autotergiversándose al convertirse en simples fogoneros cuando debieran adiestrarse como pilotos en la nave del devenir socioeconómico. La leche también puede lavar, pero así se están desperdiciando sus valores nutritivos. Hacerlo es un lujo, un desperdicio. Este lujo, este desperdicio de la noble savia juvenil es el que se están permitiendo muchas universidades latinoamericanas.

En muchas de nuestras universidades los estudiantes rechazan a la "agremiación automática" y profesan un ardiente apoyo a la libertad de asociarse, se apartan del activismo partidista y se reunen con objetivos francamente culturales en un sentido amplio de la palabra y que implica promoción humana; prefieren al verbalismo y a la pugnacidad de fuerzas en conflicto la amplitud de discrepancia ideológica y actúan conjuntamente deponiendo lo que divide en la ideología política y afirmando lo que une en la condición de estudiante como tal, al dedicar esfuerzos prácticos en programas de desarrollo comunal y de acción social-antropológica. Están apareciendo, pues, asociaciones estudiantiles con mentalidad universitaria neotípica. Se está creando en el estudiante un comportamiento de auténtico liderazgo, y los comportamientos correspondientes demuestran racionalidad, humanismo y voluntad de servicio social. La mentalidad beligerante-sindical está dejando el lugar a una mentalidad comunitaria, pues a las nuevas agrupaciones les interesa más la acción que la plañidera actitud reivindicativa.

Los efectos de la organización paleotípica de la agremiación compulsiva con poderes de gobierno universitario, su influencia en el comportamiento del estudiante se ven claros en la fisonomía psicoespiritual del **dirigente estudiantil paleotípico** cuyos rasgos pasamos a describir: Es un resultado de una generosa pasión idealista envenenada y torcida por el ambiente mítico y conflictivo creado por la Reforma Universitaria en la universidad latinoamericana. Con frecuencia inepto para los estudios, desorientado en su carrera, resentido, decepcionado por la falta de sustancia nutricia de su "alma mater", iracundo y encendido, a veces complacido intimamente de sus alardes de maquiavelismo y cálculo frío, con mentalidad tubular y fanática en la que la inteligencia está al servicio de la voluntad de poder, envanecido por su capacidad de intimidar desde los patios y a través de los parlantes a las autoridades y a los maestros en el escenario catalizador de sus arrestos oratorios que es la universidad masiva, azuzado por los políticos de adentro y de afuera, intoxicado de lecturas fragmentarias y "slogans" de afecto, el dirigente estudiantil paleotípico reformista desahoga todos los males del país, entre los cuales, él mismo es una víctima más. Generalmente lleva el peso de conflictos emocionales interiorizados de origen familiar, que explican, en parte, psicodinámicamente, tanto la autoimagen mesiánica y el rechazo oposicionista a la autoridad. Se trata de una proyección de su propio desequilibrio emocional de base no compensado y que exterioriza ansiedad por madre sufriente y el padre violento o de conducta inadecuada; proyección mesiánica para salvar algo doloroso de la niñez, proyección de rebeldía frente a los testaferros simbólicos del padre y que representan autoridad, gobierno, cualquier forma de excelencia. Hay un estilo iconoclasta en el dirigente, hay amargura, despecho de fondo, que explican un temático afán reivindicacionista comprensible en una juventud cargada en su pasado familiar de muchas negaciones e incluso ahora la negación de un hogar universitario que ellos mismos parecen no querer. Estos dolorosos problemas psíquicos, y esto es grave, en vez de ir al psicólogo, al maestro confidente —posible en un sistema tutorial de orientación y de consejo— van indirectamente a desahogarse en el micro de los parlantes y en la mesa de gobierno universitario, causando todos los males que conocemos, de paros, huelgas, ayunos, actos incendiarios, agresiones físicas y hasta el episodio del tráfico material de cadáveres de jóvenes, sustraídos y exhibidos en la universidad como ariete para hacer caer ministros. El dirigente se aturde a sí mismo, en fuga de su propia realidad dedicándose a la ajetreada ociosidad del activismo. Lleva dentro otro sierpe cotidiano más que lo corroe: su sentimiento de insuficiencia para aquello que justifica su presencia en la universidad: los estudios. Claro que los profesores son condescendientes, no se atreverían a ir contra los estereotipos emocionales del antilimitacionismo. Pero este ya no basta. Ni siquiera la embriaguez de los discursos ni el pasionismo febril y calculador de las intrigas, las tácticas y contratácticas de su menester gremialista. Al encontrarse al fin de la carrera empieza a despertar de este fabuloso ensueño mítico: la angustia de sentirse falto de preparación para afrontar la realidad del ejercicio profesional. El héroe de las horas de huelga y captura del local universitario, el encendido orador de los mitines de solidaridad "campesino-obrero-estudiantil" resulta, en realidad el gran traidor del pueblo, es decir un profesional incompetente para servir a la comunidad, provisto de un cartón o diploma con el que engaña y se engaña, aunque las firmas sean legítimas. Es un lamentable producto del paleotipo-reformista. Sus horas universitarias no fueron las horas germinales del estudio —en verdad la matrícula no es para estudiar, es un simple salvoconducto que se renueva indefinidamente para poder actuar políticamente, el dirigente es casi un estudiante perpetuo, hay universidades que permiten repetir cuatro veces el mismo año—.

Sí, evidentemente: las horas universitarias no fueron las horas germinales del estudio, ora en la fascinada y bendictina tarea del laboratorio, ora en el aula reflexiva y dialogal, cuando no en la biblioteca, donde la magia del libro ofrece —como nuevo fuego prometeico— fulgurantes llamaradas intelectuales a la suave fricción que la mirada concentrada del leyente hace a los signos tipográficos. Hay en este tipo de estudiante falta de amor, de amor universal, de amor al estudio. Parece no haber sino odio. Se podría afirmar que carece de vocación universitaria. La Universidad debe ser en esencia "filosofía", es decir, amor, amistad, trato frecuente y familiar con el saber de las cosas. Con ese amor —que es esplendor candente de la voluntad recta— el estudio no es fatiga estéril y martirio inútil, horas robadas al placer de la juventud, meramente negadas a la indolencia o a la proclividad hacia el menor esfuerzo. No, con ese amor, el estudio es tarea deslumbradora y absorbente, es pasión y entrega, horas de íntima delicia en que ante la luz de la inteligencia y de la observación van cayendo los velos de la ignorancia y se va perfilando, nítida, esplendorosa, interesante, la verdad de las cosas de este universo que ha brotado de la misteriosa hondura del ser. Sin ese amor, la autoridad deviene autoritarismo y no acatamiento venerable; la disciplina, mecanismo intimidatorio, extrínseco y suscitador de legítima rebeldía y no norma libre y comunitaria del propio límite; la enseñanza, dogmatismo, rutina y pedantería doctoresca y no reflexión, inventiva y sabia humildad; el aprendizaje, repetición y modo de pasar los exámenes y obtener un diploma y no nutrición intelectual, curiosidad arrobada y preparación responsable y seria para atender eficaz-

mente a las necesidades de la comunidad humana, El amor, pues, es alma que insufla la acción del estudioso y del profesional, potencia la energía del esfuerzo y suaviza la aridez de la fatiga, despierta recursos inagotables de generosidad y mitiga el sinsabor de las dificultades y de los obstáculos, hace llevadero lo ingrato de toda carrera, en que no todo armoniza con nuestros gustos y en que siempre encontraremos un reto a nuestra voluntad cuando nuestro deber no coincide con nuestro placer. Pero el estudiante auténtico, penetrado de filosofía, es decir, que encuentra sabor al saber, entrega espontáneamente y con alegría sus mejores horas al estudio, con la misma soltura y facilidad con que despliega las energías físicas de su vitalidad juvenil. En esta alta vocación universitaria el estudiante neotípico encuentra el núcleo amoroso íntimo y fundamental para irradiar hacia la acción orgánica por el bien común ,por el desarrollo del conjunto. Y este amor universal, brotado de la fuente espiritual más íntima del ser personal, es el tesoro escondido en todo joven, y la pedagogía más alta y profunda consiste en facilitar su descubrimiento.

c. **Gobierno Universitario.**

En lo que se refiere a la influencia de la estructura del gobierno universitario en el comportamiento del estudiante se pueden considerar tres sistemas:

1. **El sistema autárquico-vertical.** En este sistema existe la total y absoluta ausencia de estudiantes en los consejos de gobierno, asambleas y comisiones y en el que, dentro de una estructura académica piramidal, coexiste simultáneamente un absolutismo rectoral completo, en el cual ni los profesores tienen representantes, pues son nombrados directamente por el Rector, quien, por propia decisión, constituye consejos, los cuales, por lo tanto, no son propiamente organismos de gobierno sino simples comisiones consultivas de opinión, sin ninguna capacidad de tomar decisiones. Dados los cambios evolutivos que en Latinoamérica han experimentado las formas de gobierno —principalmente por acción beneficiosa de la Reforma Universitaria— podemos ubicar este sistema autárquico en el paleotipo universitario de mentalidad, pues, además coincide esta forma de gobierno con estructuras, sistemas y características paleotípicas (Cátedra-Feudo, antiguamente universidad clasista, exclusidad del curriculum como actividad universitaria, etc.) Las formas de gobierno sin presencia alguna de estudiantes (o con presencia estudiantil puramente consultiva y facultativa) y con profesores elegidos representativamente para componer el Consejo de Gobierno, indudablemente no pertenecen al sistema autárquico-vertical que aquí definimos. Se trata de otras formas donde la autoridad docente es respetada. Propiamente se trata del **sistema docente de gobierno,** que es el tradicional e imperante en las universidades más desarrolladas.

2. **Sistema de Cogobierno.** En algunas partes se le llama gobierno tripartito. Existen dos modalidades de Gobierno Estudiantil: El llamado Cogobierno del Tercio Estudiantil y el Cogobierno Paritario. El primero exige, por ejemplo, la proporción de doce profesores a seis alumnos, viene a ser la tercera parte del total de cuerpo gubernativo y la mitad estudiantil respecto de los profesores. El segundo es francamente la mitad del total de la asamblea o consejo. En estos sistemás el estudiante actúa con posibilidades fácticas de disputar y de definir la toma de decisiones. El estudiante comparte de derecho y de hecho la autoridad con el maestro. En todas las comisiones participa el estudiante, incluso la pedagógica, de curriculum, de admisión, económica, y administrativa. El fundamento de este planteamiento que corresponde al paleotipo reformista de mentalidad universitaria es la doble metáfora de que "la universidad es una república de estudiantes". — (Gabriel del Mazo).

3. **El Sistema de Comunicación a Todo Nivel.** Este sistema organizativo y pedagógico que así denominamos, utilizando conceptos de Mariano Querol y Ramiro Castro de la Mata, incluye la participación estudiantil calificada, cooperativa y limitada, fundada en el principio de la corporación universitaria de la autoridad docente. Uno o dos estudiantes, con voz y voto, participan en los Consejos de gobierno y en algunas comisiones(bienestar estudiantil, biblioteca, etc. de ninguna manera en la comisión pedagógica, o de admisión, que no sea a título de informante llamado específicamente) y su participación es entendida dentro del contexto de un complejo global de canales de comunicación interpersonal en la comunidad universitaria y que incluye los métodos de trabajo en el aula y en el laboratorio, en la tutoría pedagógica, etc. ¿Qué efectos tienen estos sistemas de gobierno, desde un punto de vista educativo, en el comportamiento del estudiante? ¿Qué ha significado históricamente el cogobierno estudiantil mirando en la perspectiva de una **estructura dialogal** en la Universidad, es decir, respecto de la necesidad de establecer canales de comunicación a todo nivel?

Históricamente y en el primer momento el cogobierno interpretó un anhelo de la juventud deseosa de mejorar sus universidades en poder de una somnolienta y sorda oligarquía profesoral. Fue algo más profundo, naturalmente, desde el ángulo sociológico, o, más bien socio-político. Basta leer el célebre —y bellamente escrito— Manifiesto de Córdoba para darse cuenta de que la rebeldía reformista era un despertar violento y emotivo, tremendamente intenso, de la conciencia histórica de América Latina contra toda forma de dominación y de autoridad autárquica venal y/o prepotente. El eco de ese glorioso manifiesto de Córdoba resuena y tendrá que resonar siempre en un espíritu americano: "Los dolores que quedan son las libertades que faltan. Creemos no equivocarnos, las resonancias del corazón nos lo advierten: estamos pisando sobre una revolución, estamos viviendo una hora americana". El texto del manifiesto Córdobense es elocuente, su generoso contenido interno fue el motor de la Reforma y puede ser siempre la inspiración de toda Renovación Universitaria que no quiere lo que los jóvenes de Córdoba rechazaban.

Evidentemente, el estudiante había perdido la esperanza de una mejora, de su universidad, salida de la acción de los profesores. El estudiante se dió cuenta que tenía que participar activamente en los cambios necesarios en una universidad paralizada. Y lo primero, siguiendo nuestra costumbre latinoamericana de esperanzarnos más en la forma política que en la vida total de la comunidad social, fue dirigida directamente al sistema de gobierno, la toma del poder como solución (los documentos reformistas son particularmente insistentes este aspecto de colocar en primer término de toda reforma universitaria el cogobierno de los estudiantes). El "grito de Córdoba" fue un grito clamoroso, desgarrado, contra la sordera profesoral, la sordera institucional. Era necesario despertar a la Universidad de su silencio, de su enclaustramiento: grupos de profesores ejercían un dominio nepotista y "dictaban" una enseñanza rutinaria a través del sistema piramidal de la cátedra-feudo, dentro de una estructura de tipo clasista que divorciaba a la universidad del pueblo. Pero un diálogo a base de "grito" y de "sordera" no es diálogo. Y este estereotipo de relación humana es precisamente lo pedagógicamente defectivo del gobierno.

El cogobierno es un planteamiento viciado **ab initio** de las relaciones profesor alumno. Se parte por el principio de que el alumno debe garantizarse un número de votos en los consejos de gobierno que lo coloque en posición de poder competir y determinar decisiones, bajo el supuesto de que no hay fe en la autoridad docente y de que esas decisiones, en principio, deben ser desfavorables a las ne-

cesidades e intereses del estudiante, como si el profesor estuviese para actuar en contra y el estudiante requiriese el tomar las precauciones previas de una proporción de votos para tener peso en el consejo.

Repetidas veces los reformistas han afirmado que el cogobierno significa control, fiscalización, policía, de los alumnos. Como si el maestro no tuviese, por su esencial misión, la autoridad y, además, hubiera de admitir, sin renunciar a su propia dignidad, el sometimiento, que sólo atañe a un presunto delincuente, a la vigilancia policial del alumno. Está, pues, completamente tergiversada esa relación docente-discente en la que el maestro se hace grande —magister, magno— en su acción, y el alumno se nutre de ella —alere, nutrirse—. La **libertad de enseñanza**, la libertad de pensar que debe **profesar el profesor — que como tal es profesor de la libertad — no puede estar bajo una instancia fiscalizadora, menos la del alumno.** En el cogobierno no hay diálogo, sino un pujar y contrapujar de presiones. La **autoridad del maestro es compartida por los estudiantes** y en vez de establecerse una relación de discipulado, plena de incitaciones fecundas para el educando, se instaura el recelo, el conflicto, la pérdida del ascendiente de autoridad docente. El comportamiento estudiantil simplemente se corrompe: los estudiantes consiguen postergar exámenes, ampliar matrículas, y toda suerte de desafueros que se apresuran a anunciar a sus "bases" como otra "conquista del tercio". El diálogo requiere sobriedad de la razón, el cogobierno embriaga a los estudiantes de un poder que no tienen derecho a tener.

La fundamentación de este derecho en la metáfora de la República no pasa de ser una metáfora niveladora de estudiantes y profesores (a quienes también se les denomina artificiosamente estudiantes, como a los graduados). La verdad es que la universidad no es una república sino una corporación jerárquica, donde el alumno debe ser alumno y el maestro, maestro. La fundamentación doctrinaria de la representación democrática del cogobierno envuelve una interna contradicción: en una universidad donde la proporción entre profesores y alumnos es de 1 a 1.200 — como se da en algunos casos de la universidad latinoamericana, según un estudio técnico de la OEA, cuya información aparece en el Comunicado de Prensa de la Organización de los Estados Americanos del 14 de junio de 1961—, y donde, en palabras de Gabriel del Mazo "la calidad de estudiante es común a todos sus miembros" (la palabra "estudiante" equivale a "ciudadano" de esta "república"', e incluye en esta calidad a estudiantes, graduados y profesores), el tercio estudiantil es una grave disminución democrática, pues si se quiere ser consecuente lógicamente con el razonamiento, los estudiantes —tan ciudadanos como los profesores— debieran estar representados en la misma proporción de 1.200 a 1, lo cual, como puede verse, es un absurdo, Quod erat demostrandum.

El cogobierno quiso subsanar la ausencia de comunicación introduciendo, por su propio planteamiento esencialmente agresivo y lesivo a la autoridad del maestro, los factores de distorsión de la comunicación que en sí mismo conlleva, en cuanto receloso, fiscalizador y competitivo de las decisiones de autoridad, las cuales corresponden al maestro. Las otras manifestaciones estudiantiles cogobiernistas derivan del vicio de origen que hace del cogobierno estudiantil una verdadera aberración pedagógica. Estas son: votos masivos del tercio, prepotencia que logra, postergación de exámenes, ampliaciones extemporáneas de matrículas por presión, remoción infamante de profesores, reclutamiento de prosélitos partidistas entre postulantes rechazados pero introducidos por la fuerza del estudiante sindicalizado y la debilidad de una autoridad compartida, puesta en jaque de manera injusta e insolente a los profesores en sesiones de consejo, uso de

amenazas y discriminación de profesores en las mismas sesiones con ocasional protesta de los mismos profesores cogobiernistas. El cogobierno, además, funciona "per se" como la manzana de la discordia entre profesores y alumnos, constituye sitial de mando e influencia a disputarse entre las facciones políticas encontradas que luchan por la captura de la universidad. Establecer el diálogo —fundamento del pensamiento libre y semilla de todo progreso científico y cultural— en estas condiciones es sencillamente imposible. Cualquier proyecto sensato en beneficio de la Universidad es inmediatamente presa de la voracidad de la politización, pues no se discute si el proyecto es bueno o malo, no se le apoya o critica por su funcionalidad académica porque lo que interesa es más cuidar la resonancia conflictiva pseudopolítica del proyecto, —su significación en el plan táctico general y a nivel nacional de los partidos—, que su operatividad y beneficio institucional o nacional. El cogobierno es no sólo corruptor por lo que significa acceder a darle al estudiante el usar de un poder indebido sino que más de una vez ha sucedido que el estudiante totipotente al entrar en un juego peligroso de intereses empieza a tener la astucia de negociar su poder, y a veces para provecho propio inconfesable.

El sistema autárquico-vertical, en las condiciones planteadas por el manifiesto de Córdoba, ha resultado peligroso en Latinoamérica, por la falta de comunicación entre profesores y estudiantes que significa. Estamos convencidos que en muchos países de Latinoamérica la presencia de los estudiantes en los organismos de gobierno se ha hecho necesaria por varias razones: bajo nivel universitario, incompetencia de muchos profesores de tipo decorativo y rutinario, falta de dedicación, nombramientos nepotistas, formación de oligarquías cerradas que manejan la universidad, necesidad imperiosa de la juventud de renovar la universidad. El estudiante de nuestro medio suele ser el impulsor y su presencia calificada y limitada en los organismos de gobierno, con voz y voto, coopera al acabamiento de las telarañas de la rutina y con los tapujos de un manejo secreto de los asuntos universitarios. El Presidente de la Asociación Estudiantil libre, elegido por razones estrictamente universitarias, lleva al seno del Consejo información, petición e ideas útiles para mejorar el funcionamiento institucional y su presencia permite dialogar abiertamente y bajo luz de razón. El estudiante responsable sabrá manejar inteligentemente su competencia para votar en pro, en contra o abstenerse. En todo caso el voto estudiantil calificado y limitado no da lugar al despropósito pedagógico de que el estudiante **determine** las decisiones a tomarse. En el ámbito universitario la autoridad del maestro no implica la obediencia automática del alumno —no es el caso escolar— pues éste en tanto persona universitaria es libre de discrepar y de comportarse. Las decisiones del consejo las debe acatar en cuanto está moralmente obligado a los dictados de un cuerpo de gobierno al que pertenece. Este sistema de trabajo permite el desarrollo de una conducta madura y respetuosa, cooperativa, institucional. La autarquía vertical, por otro lado, no responde a las condiciones de la mentalidad juvenil actual que anteriormente hemos descrito, y la responsabilidad de una pedagogía y su eficacia dependen de la armonía que guarde con la realidad del educando.

Estamos en el término de la exposición de estas reflexiones. Los problemas son graves y, sin embargo, ya está en luz una alborada de renovación de la universidad latinoamericana. Quizá el diálogo nuestro sobre los planteamientos presentados acerca de las cuestiones estudiantiles —que muchos de nosotros ya hemos venido desarrollando en nuestros países—, quizá la honda y compleja problemática en torno al tema central "Educación Médica: Factor en el desarrollo social y económico" de

esta Primera Conferencia General de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, nos permita, aquí en Bogotá, hospitalario hogar de humanistas, tierra auspiciadora de vinculaciones americanistas con políticas de largo alcance, formular una Declaración de Principios Universitarios que ratifiquen la libertad académica y la autonomía universitaria en su alto pedestal y recoja los lineamientos renovadores de lo que debe ser una universidad para el desarrollo.

ACTA

TERCERA SESION PLENARIA

Hora: 9:00 a. m.

Lugar: Salón del Auditorio del Hospital Militar Central.

Fecha: Agosto 25 de 1966.

De acuerdo con el programa, a las 9 de la mañana, bajo la presidencia del doctor Gabriel Velásquez se inició la sesión plenaria con la conferencia del Profesor Leopoldo Chiappo del Perú, sobre "El Estudiante y la Universidad para el Desarrollo".

El Profesor Chiappo en una brillante exposición describe los diversos tipos de asociaciones estudiantiles que existen en el hemisferio y especialmente en Latinoamérica, las varias formas de gobierno de las Universidades, la participación del profesorado y el estudiantado en estas formas de gobierno, las ventajas e inconvenientes de los diversos sistemas. Analiza en la forma más brillante las características personales de los dirigentes estudiantiles.

El Profesor Leopoldo Chiappo propone que la Federación Panamericana de Facultades de Medicina elabore como documento de trabajo preparatorio al Congreso a realizarse en México en 1968 un texto de proyecto de Declaración de Principios Universitarios.

Al terminar su exposición, el Profesor Chiappo es calurosamente ovacionado por los asistentes, y el Presidente Dr. Velásquez, al felicitarlo, manifiesta que lo nutrido de los aplausos constituye la mejor calificación posible a su disertación. Le concede la palabra al doctor Orfila, profesor emérito de la Universidad de Córdoba y Decano de la misma en varias ocasiones, quien en una muy corta intervención felicita al doctor Chiappo y manifiesta su conformidad con las teorías expresadas por él. Se pronuncia en forma clara y enfática, sobre la necesidad de la libertad académica, sobre la importancia de que el profesorado mantenga a toda costa su autoridad moral y que no ceda en ningún caso a presiones extrañas de cualquier índole y mucho menos al temor del alumnado. Toma la palabra el doctor Vial, rector de la Universidad Católica de Chile, quien defiende la participación del estudiante en la vida universitaria y discute su papel, como portador de la autoridad. Manifiesta que un rector universitario no puede delegar responsabilidades sin estar dispuesto a asumirlas en su totalidad y que si no se siente competente para ello, está en la obligación de renunciar a su posición.

El Dr. Violi del Uruguay, felicita al Profesor Chiappo por su exposición y manifiesta no estar de acuerdo con buen número de sus afirmaciones. Expresa que desde 1908 existe el co-gobierno en el Uruguay y cita una larga lista de profesores que primero fueron dirigentes estudiantiles y luego dirigentes universitarios. Cree que el sistema empleado en el Uruguay, es ampliamente satisfactorio.

El doctor Casavilca del Perú, se manifiesta contrario a buen número de las afirmaciones del Profesor Chiappo, de-

sea que el binomio profesor-alumno, con una mejor comprensión de los problemas estudiantiles, sea la solución al problema.

A la propuesta del doctor Casavilca del Perú, de que las Asociaciones de Facultades de Medicina de cada país elaboren una declaración de principios universitarios, el doctor Gabriel Velásquez, Presidente del Congreso, responde diciendo que la Federación Panamericana procurará interesar a todas las Asociaciones de Facultades de Medicina, a las que enviará el proyecto de texto de Declaración de Principios Universitarios que elabore la Federación.

El doctor Gonzalo Calle, de la Universidad de Antioquia, felicita en la forma más calurosa al Profesor Chiappo y desea se haga conocer su Conferencia de todos los profesores universitarios del Continente.

Por último, el Dr. Vinatea, decano de la Facultad de Medicina de Trujillo, Perú, felicitó al doctor Chiappo por el fervor puesto en su mensaje, y expresa que es importante plantear también los necesarios cambios a efectuar en el profesorado para la justa conformación de la "Neo Universidad". Que en principio, no era partidario del co-gobierno, aunque su Facultad de acuerdo a la ley lo tiene; y que en honor de la verdad, éste, no ha producido situaciones insalvables. Que consideraba al co-gobierno como una reacción exagerada de respuesta a una acción previa proveniente de la propia institución universitaria; y que ambas, por sus extremismos, eran inconvenientes para la propia Universidad, y expresaba su esperanza de que, cuando la acción y la reacción encontraran su justo medio, automáticamente la Universidad encontraría su verdadero camino facilitándose la consecusión de sus legítimos fines. Desea que la Conferencia se pronuncie sobre este tópico tan importante.

Cierra la discusión el Profesor Chiappo quien agradece las intervenciones de los profesores anteriormente mencionados y hace comentarios sobre las diversas observaciones que le han sido formuladas.

Siendo las 11 de la mañana se levantó la sesión.

CAPITULO V

LOS ESTUDIOS BASICOS GENERALES DE LA EDUCACION MEDICA

MESA REDONDA
Prof. OSCAR VERSIANI CALDEIRA

Las opiniones expuestas durante la I Conferencia Mundial sobre Educación Médica realizada en Londres en 1953, no solamente por los diversos relatores sino también por los que participaron en las discusiones del tema de la Sección "A", demostraron como son diferentemente apreciadas las múltiples fases de los estudios básicos en la educación médica.

Resumiendo los relatos presentados, Whitehed concluye como opinión unánime que una buena educación general es necesaria para el futuro estudiante de medicina. Si este es el pensamiento común, no se encuentra sin embargo un acuerdo general cuando se busca establecer la exacta participación de las materias que constituyen el ciclo medio de la educación.

Exponiendo su punto de vista personal, el ilustre relator Sanson Wright comenta, satíricamente, que considera como estudiante ideal aquel que sea alto, buen mozo, con una integridad personal muy grande, bellas maneras, culto, altamente inteligente, trabajador incansable, original, hábil con sus manos, elocuente en su exposición, buen trato general, atlético, que dedique su tiempo libre a actividades extramurales, con un buen antecedente familiar, y ...Pero este, dice Whitehed no sería un estudiante de medicina sino un dios helénico, y termina recordando que los estudiantes no son más que nosotros mismos cuando éramos jovenes, con nuestras fallas y nuestros defectos.

A pesar de las aparentes controversias, fueron sanos los frutos de la Conferencia de Londres, durante la cual se activó la convicción de que una buena formación básica constituye la mejor fundación para el desarrollo de la educación médica.

Durante los años subsiguientes a este notable encuentro de educadores, múltiples factores como el enorme avance científico, la creciente presión social exigiendo modificaciones de conceptos y alterando las relaciones humanas, la objetividad reclamada por muchos, contrariando el apego a las tradiciones, han determinado una mayor atención a los problemas de educación básica o esperando que a través de esa fase de estudios se consiga moldear mejor la personalidad de los médicos cuyo papel de líderes en la sociedad es cada vez más reconocido, o buscando con el perfeccionamiento de la formación pre-universitaria conseguir una disminución del período de preparación de los profesionales, que son urgentemente reclamados por la comunidad.

Es interesante citar a Culver cuando dice: "que el avance geométrico de los conocimientos, especialmente de las ciencias, creó una grande amenaza al concepto de amplia y liberal educación de colegio, especialmente para aquéllos que planean estudiar medicina". Ese progreso considerable condiciona la limitación a campos especializados muy estrechos. Tres tipos de candidatos a medicina son vistos por Culver. Los científicos, profundizados en las ciencias, con altas aptitu-

des cualitativas. Frecuentemente pobres en conocimiento de humanidades, de escasa actividad extra-curricular, y poca habilidad en el trato con las personas.

Aquellos con dotes humanísticas, desde temprano inclinados a la psiquiatría, con excelente aptitud verbal y frecuentemente baja capacidad cuantitativa, evitando así el estudio de las matemáticas, tienen dificultades en el estudio de las ciencias durante el curso médico, pero pasan a tener éxito en la fase clínica. Por último los estudiantes con tendencias prácticas y acentuadas actividades extracurriculares. Son aquellos que se sienten frustrados al iniciar los cursos médicos, mientras no están en contacto con enfermos, los que representan su meta inmediata.

Estos tres ejemplos de formación especializada, afirma Culver, son causas de fracaso en el estudio de la medicina.

Condena el "Curriculum Pre-médico", considerando como tal el que se organiza para orientar la entrada a la escuela de medicina. Aconseja una amplia y liberal educación, abrazando todos los campos del conocimiento.

Todos cuantos se han estado dedicando a ese asunto, más o menos adoptan estas convicciones.

Así Cooper (a quien personalmente tendremos oportunidad de oír dentro de poco) se pone al lado de aquellos que reconocen la necesidad de una formación básica que abarque ciencias físicas, químicas y biológicas, ciencias sociales, humanidades y matemáticas.

Indiscutiblemente el movimiento más provechoso en el sentido de implantar nuevos métodos de educación se ha verificado en los Estados Unidos de América, cuando se proyectó el trabajo de comisiones de las que participaron elementos como Gerald Zacarías, Profesor de Física del M.I.T. y otros, de lo cual resultó el P.S.S.C. (Physical Sciences Study Committee) o el B.S.S.C. (Biological Sciences Study Committee), el C.B.A. (Chemical Band Approach) y en seguida el C.E.M.H. (Chemical Education Material History), además de la nueva metodología de enseñanza de las matemáticas y la vigorización de las ciencias sociales y humanidades.

Dentro de breves instantes cada uno de los miembros de esta Mesa Redonda, de cuya participación me honro, discutirá específicamente los varios tópicos que componen esta materia.

Esperando la palabra autorizada de todos, me limitaré a relatar lo que hacemos en el Colegio Universitario de la Universidad Federal de Minas Gerais.

Colegio Universitario - Universidad Federal de Minas Gerais.

Históricamente, el inicio de las actividades que resultaron en la creación del Colegio Universitario de la Universidad Federal de Minas Gerais, se verificó en 1962, cuando la Facultad de Medicina de dicha Universidad instaló el Curso Premédico con los modelos establecidos en los Planes P.S.S.C., B.S.S.C. y C.B.A., ocupándose así particularmente en la enseñanza de las ciencias, porque la tradición todavía existía en los exámenes previos a la matrícula en la facultad con gran predominio de ese sector de los conocimientos. Para obviar este inconveniente, sin embargo, se exigió una selección previa de los candidatos basada en pesquisas del nivel intelectual, de los conocimientos de matemáticas elementales y de la lengua inglesa. Los programas de las materias fueron adaptados, no solamente en relación a los ejercicios prácticos, sino más todavía en relación a la racionalización de las materias con el fin de mejor ajustarlas a las condiciones de la formación secundaria, entonces dominante.

Los resultados fueron inmediatamente favorables, con una sensible repercusión sobre los demás colegios del ciclo medio; para algunos profesores se crearon también cursos, con el fin de ponerlos al tanto de la nueva metodología que se basaba en una constante participación de los alumnos.

Los éxitos progresaron y, en 1965, la Universidad pudo ampliar la iniciativa, instalando el Colegio Universitario que, en esas condiciones, pasó a ser la fuente de preparación de candidatos a ingreso a las escuelas de nivel superior. Anunciando el funcionamiento de ese Colegio, Aluizio Pimenta, Rector de la Universidad, se expresó así: "El Colegio Universitario surgió para atender a la verdadera educación, que es la comunicación viva entre las personas, y no aquel proceso estático de enseñanza tradicional, en la cual el maestro apenas transmite y el alumno apenas recibe ideas y conocimientos. Se quebró la rutina consagrada mediante una extraordinaria experiencia. En el Colegio Universitario el alumno vive aquello que aprende, y participa en todos los descubrimientos que va haciendo en el campo de las matemáticas, de la física, de la química, de la biología, de las ciencias humanas. Hoy, la bien sucedida experiencia del Colegio Universitario se expande más allá de sus límites, para impulsar a toda la Universidad en una completa renovación de estructura, exactamente como deseaban y preconizaban sus creadores".

"El Colegio que realiza la integración de los estudiantes de nivel secundario, en los cursos superiores, crea para estos estudiantes el ambiente necesario a la maduración de una auténtica conciencia universitaria".

En este Colegio, a la par con la preparación de los alumnos en física, química, biología, matemáticas y lenguas (portugués, inglés y francés), se turnan los cursos de humanidades, incluyendo ciencias sociales, en busca de estímulos crecientes a las vocaciones y a la diversificación de la cultura. La metodología adoptada se puede reproducir precisamente en los esquemas de P.S.S.C. del S.H.E.M. (evolución del C.B.A.), habiendo sido, sin embargo, imperativa la adaptación del B.S.S.C. pues no sería posible trabajar con material extranjero en biología. Así las experiencias fueron totalmente revisadas, amén de enriquecer las partes referentes a botánica y zoología, con incursiones más detalladas en citología, embriología, histología y una mejor objetividad del estudio de los vertebrados. Como parte central, por lo tanto, fue considerada la versión verde.

El tratamiento dado a las matemáticas acompaña la modernización de su enseñanza, presentándolas como fáciles y accesibles a los alumnos, de modo ingenuo, como ahora se dice; no podrán entrar en conflicto con la lógica. Son matemáticas que usan la inteligencia en el aprovechamiento de los conjuntos de las relaciones. Los expertos consideran agradabilísima esa matematización, que infunde en el alumno el hábito del raciocinio lógico. Si la integración de las matemáticas con las demás ciencias evoluciona bien, el tiempo de estudio deberá acortarse considerablemente.

Esta formación básica tiene como objetivo magno la preparación del joven para la acción autónoma, gracias a la cual pasará a ser el principal elemento de su propia educación.

La relación profesor alumno en el ciclo básico, fue estimada entre 1 sobre 10 y 1 sobre 20; en el ciclo clínico, entre 1 sobre 5 y 1 sobre 10. La relación alumno-cama hospitalaria se aproxima a 1 sobre 1.5 y 1 sobre 2.

La movilidad posible de enseñanza fue utilizada como individual o en pequeños grupos.

Buscando ajustar el concepto a cada caso concreto, los grupos propusieron que la capacidad docente fuera expresada en cada oportunidad y en términos cuantitativos, por el mismo cuerpo docente de la escuela médica, cuyo conocimiento de

la situación permitiría un juicio más seguro.

Se relievó la necesidad de considerar también un límite mínimo de alumnos, después del cual no sería conveniente mantener una escuela de medicina, considerándose el gasto de cursos que su funcionamiento obligatoriamente significa.

¿Qué otros criterios pueden ser considerados mínimos para la creación de nuevas Escuelas Médicas?

Diversos grupos recomendaron como requisitos mínimos adicionales:

a) Limitación del número de alumnos en cada grupo.

b) Examen de ingreso de carácter selectivo.

c) Ubicación de la Escuela Médica en un sector populoso con facilidades de comunicación y niveles culturales adecuados.

d) Existencia, en esa región, de un número de médicos que permita proveer la ampliación y renovación satisfactoria del Cuerpo Docente.

e) Presencia, en el área geográfica, de un número satisfactorio de alumnos potenciales, con nivel adecuado de instrucción secundaria.

Un grupo recomendó que no se autorice la iniciación de trabajos de una Escuela Médica sin que se disponga de tiempo suficiente para completar las edificaciones, adquirir el equipo, establecer la organización administrativa y didáctica y el entrenamiento del personal docente y técnico.

Se insistió en que la enseñanza suministrada por una Facultad de Medicina debe cuidar no solamente de los conocimientos de los alumnos sino también del desarrollo de la capacidad de "poder saber" que le permita continuar por toda la vida su aprendizaje médico.

Como sugerencias que no encuadran exactamente en ninguno de los párrafos arriba mencionados, y que sin embargo merecen atención, mencionamos las siguientes:

a) Que la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina nombre una comisión técnica para estudiar los requisitos de los laboratorios de ciencias básicas de una nueva Facultad de Medicina.

b) Que haya asistencia técnica y material a las nuevas Escuelas Médicas, realizada a nivel nacional por las respectivas Asociaciones y a nivel internacional por la Federación Panamericana.

c) Que las Asociaciones Nacionales busquen impedir la fundación de Escuelas que no llenen los requisitos, o que, si ya están funcionando sin tales requisitos se les aplace la afiliación hasta que se adapten a los niveles ahora establecidos.

Doctor ALVARO FONSECA

Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

Tengo el honor de presentar en esta Mesa Redonda sobre Estudios Básicos Generales en la Educación Médica, algunos aspectos de la enseñanza de las ciencias sociales dentro del Curriculum de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Esta Facultad abrió sus puertas al primer grupo de estudiantes en el año de 1961, es decir, somos una escuela nueva. Sin embargo se habían venido efectuando estudios preliminares desde el año 1947, cuando nuestra Asamblea Legislativa emitió el mandato para su creación.

Los 14 años transcurridos antes de 1961, fueron altamente provechosos, pues mediante la asesoría magnífica de distinguidos educadores médicos, de organismos internacionales conscientes del problema y a través del estudio cuidadoso de nuestras necesidades, creo que se llegó a incorporar a nuestro Curriculum un aspecto reciente en el pensamiento educacional médico. Me refiero al papel importante que el conocimiento de las ciencias sociales está llamado a jugar en el entrenamiento profesional de los médicos nuevos, que los ha de mejor capacitar, para poder enfrentarse con conocimiento y altura a los retos que en nuestra época presenta a nuestra profesión la demanda por mayor bienestar de los pueblos en desarrollo.

Se consideró primero que la educación básica general era de importancia primordial en la preparación completa del futuro médico. La comisión creadora de la Facultad de Medicina, en conjunto con la Facultad de Ciencias y Letras, elaboró el programa que había de seguirse durante los dos años que constituyen el primer ciclo de nuestra educación médica integral y que le hemos seguido llamando Pre-Medicina.

Este ciclo está dividido en dos grandes áreas. Una llamada Ciencias Sociales y que se imparte en el primer año, y otra de estudios específicos, tales como Química y Física, que se ofrece en el segundo año, casi en su totalidad.

Ya ubicada esta área de Estudios Sociales, me permito exponerles algunos aspectos referentes a la experiencia nuestra.

Dividimos los Estudios Sociales en tres grandes grupos:

Fundamentos de Filosofía

Historia de la Cultura

Fundamentos de Sociología

Se ha querido que con este tipo de programación docente, el estudiante se ubique en tiempo y espacio dentro del conglomerado humano, con una perspectiva adecuada de su bagaje histórico, cultural, racial y moral, para que pueda en mejor forma responder a las demandas que de él espera la sociedad en que vive y a la que ha de servir como profesional médico.

En los cursos de Fundamentos de Filosofía, se trata de presentar el hombre como tal, el origen de su pensamiento, su lógica, sus reacciones morales y religiosas. Es un curso que puede ser de gran utilidad en el despertar emocional del joven estudiante y que sin duda viene a crear más interrogantes dentro de la mente en formación, que a contestar inquietudes. Este es un curso anual de 3 horas por semana en días alternos.

La Historia de la Cultura impartida en cursos de igual intensidad, es el estudio del Hombre en Sociedad. Permite al estudiante ubicarse en el tiempo histórico a través del conocimiento de las culturas que le precedieron. Le permite indagar los errores de los pueblos, el por qué de sus grandezas, sus inquietudes culturales. Se pretende en este curso que el estudiante compare lo que ha estudiado, con los fenómenos históricos contemporáneos. Es la historia aplicada a la sociedad moderna.

Finalmente, dentro del área de Ciencias Sociales, se ofrece un curso semestral de Fundamentos de Sociología con 4 horas semanales. Aquí se presenta el estudio de las leyes fundamentales del desarrollo de la sociedad en que el hombre vive. Se hace énfasis especial en el estudio y desarrollo de la sociedad urbana y rural Costarricense.

Dentro de los dos años de Pre-Medicina con 1.750 horas lectivas, las ciencias

sociales representan 360 horas, o sea un quinto del total.

Tratamos por este medio de que en la etapa inicial de la educación médica integral, se despierte en el joven estudiante la inquietud hacia los problemas de su comunidad y sus complejas relaciones humanas.

Estos conocimientos preliminares son desde luego continuados en los cursos profesionales de Medicina Preventiva que se extienden a través de cinco años más antes de obtener su título, por un total de 780 horas.

Creemos que este enfoque de nuestra Facultad hacia crear un mayor espíritu de conciencia ciudadana y social en nuestros médicos ha de rendir sus frutos buenos en el futuro. Sin embargo conviene apuntar algunos problemas que se han presentado en el desarrollo de este programa y que en realidad no han sido infranqueables.

En su inicio, fue necesario que la Facultad de Ciencias y Letras modificara profundamente sus planes de estudios para poder brindar el curso de Pre-Medicina a satisfacción de la Facultad de Medicina. Esto fue resuelto con buena comprensión y eficacia por la Universidad.

Otra inquietud planteada fue el tener que implantar dos años de la llamada Pre-Medicina, considerándose como es corriente hacerlo, que se alargara un año más el período de estudios preparatorios en un país con inopia de médicos y de escasos recursos económicos.

Finalmente se oyó la propuesta estudiantil de ¿"por qué Sociología e Historia en Pre-Medicina cuando lo que se quería era aprender a curar enfermos?"

Es aparente, sin embargo, que tanto la opinión pública como el estudiantado han superado ahora en forma elegante estas críticas anteriores y han aceptado en buena forma el mayor esfuerzo que para todos este enfoque representa.

Creemos que este énfasis dado por nuestra Facultad al estudio de las Ciencias Sociales desde la etapa formativa del médico, nos ha de resultar beneficiosa para el bienestar de la comunidad Costarricense.

El fruto, si es bueno, no lo podemos apreciar sino hasta pasados varios años de servicio a la comunidad de esta nueva clase de médicos, en los que hemos tratado de inculcar una nueva dimensión, dentro del ya viejo espíritu de servicio de nuestra profesión.

Doctor HERNANDO GROOT

Vice-Rector, Universidad de Los Andes (Bogotá)

Dentro del tema dominante de esta Conferencia, la Educación Médica como factor en el desarrollo económico y social, se justifica bien la atención que se preste a los estudios básicos y a los estudios generales, pues son ellos fundamentos imprescindibles tendientes a que el médico logre formarse adecuadamente para afrontar de modo satisfactorio sus obligaciones con el hombre y con la sociedad.

Nada más imprevisible que el futuro. Muy difícil saber hoy cómo será la medicina del mañana; sin embargo, las tendencias de las ciencias, el extraordinario incremento de los conocimientos científicos, el avance de la tecnología, el progreso de los estudios sociales y la evaluación de los procesos socio-económicos, nos alcanza a mostrar, desde ahora, que aquella será mucho más compleja y estará sometida a influjos, algunos de los cuales presentimos sin poderlos prever en toda su claridad, y a factores imposibles de adivinar, pero que probablemente la afectarán de manera muy notable. En estas condiciones, nuestra obligación perentoria es dar al estudiante una educación duradera, algo que le permita encarar con éxito ese enigmático futuro.

De ahí que resulte justa la prioridad que las universidades dan al estudio de las disciplinas básicas, en las cuales no solamente se profundiza en los principios considerados como fundamentales, sino que se adquieren los hábitos de estudio y se fomenta la actitud de análisis, de pensamiento independiente y de libre examen indispensable para que el médico del mañana vaya encontrando las soluciones apropiadas a los problemas que la vida, la ciencia y una sociedad cambiante le han de presentar.

Un programa de estudios generales y de ciencias básicas, es, pues, elemento esencial para la formación del futuro médico y para proporcionarle las bases científicas necesarias en sus estudios posteriores.

El primer curso regular de educación general que se estableció a nivel universitario en Colombia fue el de la Universidad de los Andes, de Bogotá, en 1948. Posteriormente esta misma Universidad, que no tiene facultad de medicina, en asocio con la del Valle, inició en 1957, el primer programa de estudios generales y de ciencias básicas para estudiantes de medicina. El programa se llamó entonces Curso Premédico y comprendía dos años, pasados los cuales el estudiante continuaba sus estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle situada en la ciudad de Cali. Simultáneamente esta última Facultad estableció un programa similar en su sede de Cali.

A lo largo de nueve años, el curso de la Universidad de los Andes se ha ido perfeccionando y, en la actualidad, comprende un programa mínimo de 80 créditos, entendiéndose por un crédito el equivalente de tres horas de trabajo del estudiante. La mayoría de los estudiantes cumplen este programa en cuatro semestres académicos de 16 semanas de clase cada uno y en un período de vacaciones, que equivale a medio semestre. Otros estudiantes lo cumplen tomando un semestre adicional. Los cursos son semestrales.

Básicamente, el programa comprende una secuencia de Matemáticas (2 cursos con 8 créditos), Física (2 cursos con 10 créditos), y Estadística (1 curso con 8 créditos); una secuencia de Química (2 cursos con 8 créditos) y Fisicoquímica (1 curso con 4 créditos); una secuencia de Biología (con 16 créditos); cuatro cursos de inglés con 12 créditos; dos cursos de Humanidades con 8 créditos; un curso de Castellano con 3 créditos; un curso introductorio de Antropología con 3 créditos y, 2 cursos electivos (cada uno de 2 créditos), de Humanidades, Arte y Ciencias Sociales (Economía, Ciencia Política o Historia). Además, si el estudiante dispone de más tiempo, como sucede cuando el programa se cumple en cinco semestres o si es excepcionalmente brillante, puede tomar otros cursos adicionales en las materias que más le agraden, siempre y cuando que tenga los requisitos para ello.

Los cursos son esencialmente generales y no están orientados ni hacia la medicina ni hacia otra carrera profesional, y en un mismo curso se encuentran mezclados estudiantes de diferentes intereses profesionales, v.g. personas interesadas en Medicina, en Biología, en Economía. Se dictan para grupos pequeños de alumnos y están estructurados de modo tal que el estudiante tiene la mayor participación activa posible en el proceso del aprendizaje; los cursos de Humanidades y Ciencias Sociales suponen lectu-

ras previas obligatorias y discusión en el salón de clase; los cursos de Ciencias Naturales tienen importantes períodos dedicados al trabajo en el Laboratorio y generalmente estos están orientados en forma de problemas que se presentan a los estudiantes para así tratar de inculcar en ellos el espíritu de la indagación y la investigación; los cursos de Matemáticas suponen también el que el alumno estudie previamente el tema que se va a tratar en clase, en forma que éste último resulte un diálogo y un ejercicio para aclarar dudas y para completar conceptos en vez de una mera exposición dogmática. Los cursos hacen parte, pues, del programa de educación general que desarrolla la Facutad de Artes y Ciencias de la Universidad de los Andes. Es obvio que los cursos así esbozados no alcanzan a satisfacer lo necesario dentro de un programa de Educación General, y por consiguiente, se espera que el estudiante tenga oportunidades más tarde, una vez que esté en plenos estudios médicos, de completar su formación con cursos adicionales en materias socio-humanísticas y con otros mecanismos que le permitan ampliar su cultura y redondear su formación intelectual.

La experiencia de estos 9 años nos muestra que el programa en general ha sido satisfactorio y que se ha desarrollado sin mayores dificultades, con excepción de las observadas en los cursos de Matemáticas.

Los problemas comienzan generalmente con la mala preparación que reciben los estudiantes en el bachillerato o, lo que es peor, con las deformaciones que sufren en su preparación matemática a todo lo largo de sus estudios secundarios, durante los cuales comúnmente se tratan los distintos aspectos matemáticos en forma desintegrada, incluyendo mucho material inútil, con prescindencia de ideas fundamentales. Si a ésto se añade que la calidad de los maestros de secundaria es con frecuencia insatisfactoria y que las Matemáticas se miran como algo muy recóndito y gozan de poco favor y simpatía populares, se tendrá un cuadro evidentemente el menos satisfactorio para promover el interés por esta ciencia.

Una vez en la Universidad, el estudiante que desea seguir carrera médica, generalmente no se encuentra motivado hacia las Matemáticas las cuales, casi a priori, las considera difíciles. Sin embargo, con programas adecuados y con métodos pedagógicos satisfactorios, se logra despertar en ellos la motivación. Años atrás, al iniciarse el programa, hubo franco rechazo de las Matemáticas por muchos estudiantes. Hoy, la situación ha cambiado y ya se ha establecido, por lo menos en la Universidad de los Andes, la tradición de que el estudio de esta ciencia hace parte integral de la formación del estudiante de Medicina.

Una de las consecuencias lógicas de la situación atrás descrita, es la obligación que tiene la universidad colombiana de ocuparse cada vez más, de promover no sólo las Matemáticas sino las ciencias todas en la educación secundaria. Afortunadamente se han logrado ya algunos avances con modificaciones inspiradas en las ideas y métodos del "School Mathematics Study Group".

Las iniciativas de 1957 despertaron la atención de las demás facultades de medicina del país, las cuales paulatinamente han venido incorporando en sus planes docentes programas de educación básica general. Recientemente, fundadas en sus respectivas experiencias, las 7 facultades de medicina del país, en su V Asamblea General sintetizaron en una forma completa sus ideas respecto a los estudios básicos en Medicina.

Para terminar no puedo menos de transcribir a continuación algunas de las conclusiones de la reunión aludida que hacen referencia a los puntos más importantes de este programa:

"La educación básica general universitaria es indispensable para revitalizar la cultura mediante un proceso de integración científico-humanístico, que ofrezca una formación lo suficientemente amplia, dinámica y armónica con miras a dotar al país de un profesional no tan solo altamente competente en su ejercicio sino capaz de conservar, analizar y modificar elementos y formas culturales. técnicas y sociales del medio altamente cambiante en que debe actuar.

En el actual proceso cultural del país los estudios generales contribuyen adecuadamente al desarrollo de tan necesaria integración. El programa de estudios generales deberá ser ofrecido a través de las diferentes unidades docentes, por medio de cursos generales o especializados que permitan habilitar al individuo para afrontar sus futuros problemas, en mejores condiciones dentro de un medio progresivo en el cual ejerce".

"Los programas de estudio generales deben hacerse en una dependencia o unidad académica distinta de la Facultad de Medicina".

"Los estudios generales deben ofrecerse en forma horizontal, con una duración de un año como mínimo, pero se recomienda la existencia de actividades complementarias durante el resto de los estudios profesionales, especialmente en humanidades y Ciencias Sociales".

"Se considera que los programas de estudio generales deben tener la máxima elasticidad, de modo que se puedan diseñar programas individuales que permitan al estudiante avanzar en sus estudios de acuerdo con sus capacidades y grado de preparación. Esto implica la necesidad de establecer sistemas de créditos en los estudios generales con la consiguiente definición de requisitos mínimos en áreas obligatorias y opcionales, para la promoción de estudiantes a los cursos profesionales posteriores. Este sistema facilitaría también el establecimiento de equivalencias entre los programas de las distintas universidades".

"Se recomienda no usar el término de educación premédica para evitar que los alumnos adquieran la idea de que esta parte de sus estudios constituya un requisito para iniciar su formación profesional pero que no forma parte de ella. y reemplazarlo por el de estudios generales".

"La Universidad debe contribuir a capacitar el profesorado de bachillerato, instruyéndolo en la metodología empleada en ella. Debe además la universidad estimular los programas de cooperación con el bachillerato, especialmente en el adiestramiento de profesorado y el diseño de programas, de tal modo que se logre una mejor preparación de los bachilleres y así se haga posible establecer programas óptimos de estudios generales".

Doctor EDUARDO SKEWES

Decano, Escuela de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

Es un privilegio, que agradezco a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, el poder participar en esta Mesa Redonda. Mi designación, propuesta por la benevolencia del Señor Presidente de la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina, se justifica porque ha sido la Universidad a que pertenezco la que ha implantado las reformas que, en este aspecto, nos diferencian de las otras Escuelas de Medicina Chilenas.

Estimo que no tiene objeto traer a discusión la importancia de estas ciencias básicas generales en la educación médica, como tampoco distraer vuestra atención respecto a la profundidad o extensión a que deben enseñarse. Estimo que el problema es cronológico y de lugar, vale decir, si se dictan antes o durante la educación médica propiamente tal y luego si estas disciplinas deben ser dadas fuera de la Universidad, dentro de ella, pero por organismos distintos de la Escuela o si, por último, deben ser incluídas en el programa que desarrolla la Escuela de Medicina.

Gran número de las escuelas médicas de Latinoamérica, por muchos años consideraron indispensable incluir en su curriculum como ciencias básicas a la Biología, la Química y la Física, que iniciaban junto a otras ciencias médicas la carrera.

La enseñanza de estas ciencias básicas generales se justificaba por las deficiencias que los alumnos traían en estas materias de la secundaria; pero en su desarrollo se les daba, permítaseme el término, un tinte utilitario, aplicado a la profesión. Así nacieron las cátedras de Biología Médica, de Física Médica y de Química Médica; y así hubo, en ese entonces, tantas cátedras con tan variada extensión y profundidad como otras tantas Escuelas Profesionales estimaron necesario incluir estas disciplinas en sus programas.

En las escuelas anglosajonas, en algunas otras de Europa y de Latinoamérica, la Biología, la Física, la Química y las Matemáticas se enseñaron en los Colegios o en cursos llamados premédicos.

La evolución y el progreso en general, han sido posibles solo mediante el reiterado rompimiento de tradiciones. Ya Vesalio, en su obra "De Humani Corporis Fabrica", refiriéndose a los errores anatómicos de Calero decía: "No fue su culpa... la tienen sus obcecados seguidores actuales que se aferran a la tradición pese al testimonio de hechos".

En 1958 la Universidad de Concepción inició el estudio de una reorganización docente que entró en funciones en 1960. Por medio de ella fusionó todas las cátedras aisladas de Física, Química, Biología y Matemáticas en cuatro Institutos Centrales, correspondientes a cada una de estas ciencias.

Se denominaron "institutos" porque se dispuso que en ellos se hiciera tanto docencia como investigación y se llamaron "centrales" porque en cada uno de ellos se concentró en una unidad física todo el personal y todo el equipo de que disponían las numerosas cátedras de las diferentes escuelas.

En 1964 se crearon otros cuatro institutos con estas mismas características, los de Filosofía, de Sociología, de Lenguas y de Historia y Geografía.

Al crear estos organismos se tuvo en cuenta, entre otros, los siguientes objetivos:

a) Obtener una mayor eficiencia en las actividades universitarias, gracias a la centralización de servicios docentes;

b) Nivelar la capacitación docente y académica de los diversos profesionales de un determinado campo;

c) Impulsar en forma sostenida y sistemática la investigación, tanto pura como aplicada de estas ciencias e influir de este modo en el desarrollo de ciertas disciplinas (Ingeniería, Agricultura, Economía, etc);

d) Encauzar las vocaciones de los estudiantes hacia los campos que son indispensables para el desarrollo económico del país;

e) Desarrollar nuevas profesiones que, con un sistema docente flexible, pudieran satisfacer las vocaciones de los jóvenes y dar satisfacción a las demandas de las industrias y de los organismos técnicos de fomento y control gubernamentales o no, que necesitan de profesionales cuya preparación y campos de acción son cada vez más diversificados; y

f) Permitir el ingreso de mayor número de estudiantes a la Universidad.

Sin embargo, a poco de andar estos Institutos Centrales, se pudo demostrar que, como cada escuela profesional solicitaba de ellos un programa de diverso nivel, hubo multiplicación de la labor docente y menoscabo de las otras acciones asignadas a aquellos. Por otra parte se mantuvieron las altas cifras de deserciones y fracasos y la productividad de la Universidad no mejoró.

Estos hechos condujeron a reestudiar la situación para encontrar una adecuada solución. A la comisión que con este objeto nombró la universidad, se sumó la valiosa ayuda por una parte de Unesco, que envió al experto en Educación, Dr. Joseph Lauwerys, de la Universidad de Londres y por otra la importante contribución financiera de la Fundación Ford, a través de un plan cooperativo de universidad a universidad entre nuestra casa de estudios y la Universidad de Minnesota.

La citada comisión analizó los diferentes aspectos del problema y señaló que gran parte de los fracasos y deserciones en el estudiantado se debía a la deficiente preparación científica y cultural en general con que llegaban los alumnos a la Universidad; a su falta de hábitos y métodos de estudio; a su actitud pasiva y a su falta de curiosidad; a sus muchas veces equivocada orientación vocacional; a las dificultades y conflictos que les creaba su adaptación a la vida y al medio universitarios.

Se dijo también que la Universidad poco o nada hacía por ayudar a los jóvenes durante esta etapa crítica y, a veces angustiosa de su vida y que, en cambio los encajonaba —antes que ellos mismos supieran con certeza lo que deseaban— en carreras profesionales que no les ofrecían sino la alternativa de llegar al final aunque fuera a gatas, o la humillación de un fracaso, agravado por la incertidumbre de poder comenzar otros estudios.

Se destacó además que los años en la Universidad de nada servirían si no eran rubricados por un título profesional; que ninguna Escuela reconocía estudios realizados en otra y aunque su contenido fuera el mismo; que en los planes de estudio no había flexibilidad para que el joven que lo deseare pudiera seguir un camino que lo llevara a un campo o disciplina diferente de aquel que involucraba el pénsum rígido que conducía a la profesión.

De este estudio crítico nació la Escuela Universitaria General y su Curso Propedéutico, creados en 1964 a base de la suspensión del primer año de todas las carreras universitarias.

El Curso Propedéutico, única puerta de entrada de la Universidad de Concepción, es un período neutro en la vida del estudiante, en el sentido de que el alumno no está comprometido ni pertenece a ninguna Escuela profesional. Depende de la Escuela Universitaria General, la que no tiene local físico, laboratorios, bibliotecas ni docentes propios, sino que recurre para impartir su enseñanza a los Institutos Centrales, Facultades y Escuelas Profesionales.

Los objetivos del Curso Propedéutico pueden resumirse en los siguientes puntos:

a) Desarrollar en el estudiante sus capacidades reflexiva y crítica con el objeto de que logre madurez mental y equilibrio emocional;

b) Cultivar su interés por los diversos problemas del mundo actual, ampliando su cultura;

c) Preparar al estudiante en disciplinas básicas;

d) Inculcar hábitos de trabajo, disciplina y métodos de estudio;

e) Orientar al alumno respecto a sus intereses y capacidades.

Los estudios del Curso Propedéutico duran un año y no están sometidos a un programa rígido y el alumno puede cam-

biar éste a voluntad dentro de ciertos límites. De esta forma el año Propedéutico es también un período de orientación en que el alumno se adapta a la vida universitaria, se informa de las oportunidades que le ofrece la Universidad, analiza su vocación y se decide mediante un proceso de maduración hacia los estudios que más le atraen o para los cuales está mejor capacitado.

Para facilitar esta adaptación se han creado un sistema de Tutorías y un Servicio de Asesoría Vocacional, los que junto con la Oficina de Información Universitaria ayudan al alumno a la solución de sus problemas, conflictos o dudas, así como en la escogencia de sus programas de estudios y en la posterior elección de su carrera.

En el Curso Propedéutico los alumnos se distribuyen en cuatro áreas de estudio según su elección a saber:

1. Area de Ciencias Biológicas, que los deja en condiciones de continuar estudios profesionales en Medicina, Dentística, Química y Farmacia, Bioquímica, Enfermería, Obstetricia, Técnicos Laborantes y Agronomía, o seguir a un grado académico de las materias básicas del área;

2. Area de Ciencias Físicas y Matemáticas, que les permite seguir Ingeniería Química, Metalúrgica, Mecánica, Técnicos Universitarios o continuar hasta un grado académico;

3. Area de Ciencias Sociales, que los puede conducir a Derecho, Economía y Administración, Periodismo, Sociología, Servicio Social, o a un grado académico; y

4. Area de Artes y Letras, que les permite estudiar Inglés, Francés, Español, Alemán, Filosofía, Historia, Artes Plásticas, Educación de Párvulos y Profesor Primario.

En el Curso Propedéutico se ha reemplazado el sistema tradicional de exámenes finales y notas como criterio exclusivo de calificación por uno de créditos y promedios ponderados. Este sistema, agregado a una apreciación del valor de los alumnos dentro de su grupo, permite una calificación más objetiva y asegura a los estudiantes un juicio más equitativo e imparcial de su rendimiento.

El crédito es una apreciación del rendimiento cuantitativo del estudiante y un crédito corresponde a una hora de clase teórica o a una sesión de laboratorio o seminario controlados por semanas y durante un trimestre.

Las notas corresponden a la apreciación del rendimiento cualitativo del alumno, esto es, su asistencia, capacidad, interés, dedicación y conocimientos.

Para calcular el promedio ponderado deben sumarse los créditos de cada asignatura multiplicados por las notas obtenidas y luego dividir dicha suma por el número total de créditos cursados.

Cada Escuela Profesional ha señalado el mínimo de créditos que deben presentar los alumnos que pretendan entrar a ella. Este mínimo se ha calculado partiendo de la base de lo que puede realizar un alumno de inteligencia normal, que estudia regularmente. Por lo general la cifra exigida es de 45 créditos, lo que significa un trabajo de 45 horas semanales, en las que se incluyen el estudio personal en casa.

Estos créditos están distribuidos en tres clases de asignaturas:

1. Asignaturas básicas, que corresponden a las que son requisito indispensable para optar a ciertas carreras y constituyen dos tercios de los créditos;

2. Asignaturas electivas, que en general deben escogerse de áreas distintas a las básicas;

3. Idioma instrumental obligatorio, a elección, por el que se capacita al alumno para leer un idioma.

Las asignaturas básicas del Area Biológica son: Biología, Química, Física y Matemáticas.

Se ha dividido el año Propedéutico en trimestres de 11 semanas cada uno, separados por dos semanas de vacaciones. Los trimestres de Otoño, Invierno y Primavera corresponden al año académico regular y durante ellos se ofrecen todas las asignaturas del programa. Existe además un trimestre de Verano, de menos duración, que está destinado a aquellos alumnos que desean completar créditos.

Perdónenme el haberme extendido tanto en la descripción de este año Propedéutico, pero estimé que ello era previo a las consideraciones que haré a continuación y que tienen íntima relación con la enseñanza médica.

Uno de los problemas más graves que enfrentan nuestras Universidades es el alto número de fracasos y deserciones al final del primer año. En la nuestra, esta cifra alcanzaba a poco más de 50% del total de los matriculados en los primeros años de todas las carreras, índice mejorado por el buen rendimiento de la Escuela de Medicina cuyo porcentaje al respecto oscilaba, antes de la reforma, entre un 18 y un 23%.

La limitación del cupo en el primer año de nuestra Escuela y el riguroso examen de admisión no nos permitieron, a pesar de nuestros esfuerzos, reducir esas cifras. Por otra parte toda selección de material humano, hecha de acuerdo con los mejores cánones, pero sin poner en verdad a prueba todas las condiciones de los candidatos, por la misma brevedad de las pruebas, lleva en sí un gérmen de injusticia, de error involuntario y de insatisfacción y crea problemas de conciencia.

Los antecedentes que aportan los postulantes no siempre significan equivalencia, porque a pesar de haber cursado con éxito la secundaria, las notas varían según los colegios de que provienen o de la estrictez o laxitud de los profesores, y además porque no existe, que yo sepa, una fórmula, un método para captar las vocaciones.

Y aquí nace una de las primeras ventajas visibles del Curso Propedéutico. Se acepta un número mucho mayor de candidatos —320 en 1965— y se les da la misma oportunidad para que durante un año demuestren su aplicación, su capacidad, su interés y su vocación y se les califica con la misma vara... El presente año se presentaron como postulantes a Medicina más de 200 jóvenes que habían cumplido los requisitos que exigía la Escuela y de ellos escogimos 80 que es nuestro cupo. Ahora bien, los 80 que seleccionamos tenían un promedio ponderado superior a 3, en un máximo de 4. La impresión de los profesores de nuestra Escuela es que el grupo es de gran calidad y ello ha quedado demostrado al rendir sus primeros exámenes en dos asignaturas, pues el número de aprobados superó el 90%.

Ustedes se preguntarán qué se hicieron los otros numerosos candidatos que no ingresaron a Medicina. Pues bien, un grupo muy pequeño, 14 en total, decidieron hacer un segundo año Propedéutico con el objeto de intentar ingresar a Medicina el próximo año; el resto se matriculó en segundo año de las otras carreras del área.

Otro índice elocuente de las bondades de este sistema es el resultado general del Curso Propedéutico —que constó de 1.279 alumnos—. Ya señalaba anteriormente que la cifra de fracasos y deserciones en el primer año alcanzaba a un poco más del 50%; en el año de 1965 esta cifra fue reducida a un 21%.

Pero hay otro factor que debo señalar por la importancia que él tiene para los programas que estamos discutiendo en esta Conferencia. Como en el Area Biológica se concentran todas las posibilidades para seguir las carreras de los profesionales de la salud, estamos aprovechando al máximo esos talentos, ya que si no pueden seguir Medicina, tienen la posibilidad de derivar a otras disciplinas del área sin perder un año y por último estamos nivelando la formación básica

para que hablen el mismo lenguaje los que forman el equipo de salud.

Este resultado ha alentado a los miembros de nuestra Facultad a proponer una nueva estructuración de las ciencias básicas médicas, que ya ha sido aprobada. Por intermedio de ella se ha creado el Instituto de las Ciencias de la Salud, que impartirá enseñanza a dos niveles a los estudiantes de Medicina, Dentística, Química y Farmacia, Bioquímica, Enfermería, Obstetricia y técnicos Laborantes. El Instituto impartirá docencia en sus propios campos, pero se coordinará en sentido vertical con las clínicas y éstas a su vez prestarán su colaboración a las Ciencias Básicas.

He querido relatar nuestra experiencia, porque he visto con agrado que corresponde a la tendencia de muchas otras Escuelas Latinoamericanas y sólo ayer me he impuesto que lo que estamos haciendo es la aspiración de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, señalada en las Conclusiones y Recomendaciones de su V Asamblea General, celebrada en marzo de este año.

Doctor JOHN A.D. COOPER

Decano de Ciencias, Northwestern University, Evanston, Illinois, U.S.A.

Me ha solicitado el Profesor Versiani que hable de las relaciones existentes entre el Colegio de Artes y Ciencias y la Facultad de Medicina en las universidades norteamericanas. Creo que el tema se me asignó teniendo en cuenta la estrecha interacción entre estas dos Escuelas en la Universidad de Northwestern, lograda a través del "Honor's Program" en educación médica, que funciona desde hace seis años.

Antes de entrar a explicar el programa quisiera hacer algunos comentarios generales respecto a las relaciones entre los distintos Colegios en el seno de nuestras universidades. Posiblemente no todos ustedes están al tanto de que los Colegios de Artes y Ciencias son las principales escuelas de educación pre-graduada; los bachilleres admitidos siguen un plan de estudios de 4 años, que les permite obtener el grado de "Bachellor of Arts" o "Bachellor of Sciences". Además, el profesorado de estos mismos Colegios también imparte educación a nivel de graduado a aquellos que van a optar al título de "Master of Arts", "Master of Sciences" o "Doctor of Philosophy", y en muchos es la Escuela de Graduados la que concede grados a los estudiantes que han seguido un programa de 1 a 4 años de duración después de haber obtenido el de "Bachellor". En realidad, los profesores del Colegio de Artes y Ciencias representan una parte importante de la Escuela de Graduados.

Las materias que usualmente se incluyen en los Colegios de Artes y Ciencias son: ciencias biológicas y naturales, tales como física, química, biología y geología; matemáticas, geografía; ciencias sociales y del comportamiento, historia, psicología, sociología, antropología y ciencias políticas; lenguaje; filosofía; clásicos, arte, idiomas. De éstas, las más estrechamente relacionadas con las Escuelas de Medicina son las ciencias físicas y biológicas por una parte y las ciencias sociales y del comportamiento por otra, y los conceptos fundamentales que

inspiran a los departamentos correspondientes son aplicables a las ciencias médicas básicas y clínicas.

Infortunadamente, en nuestras instituciones no ha existido estrecha y efectiva interacción entre el Colegio de Artes y Ciencias y las Facultades de Medicina, lo que en parte se ha debido a la naturaleza misma de la medicina pues hasta hace relativamente poco era esencialmente empírica y solo se interesaba por un conjunto de conocimientos de aplicación e interés limitados en otros campos del saber. Sin embargo, esto ha cambiado radicalmente en los últimos 15 años; la medicina se ha hecho más científica y cada vez más se basa en conceptos generales de química y de biología.

Las ciencias biológicas mismas se han modificado y han pasado de la época del empirismo a una de cuantificación y de comprensión básica de los procesos vitales. Los biólogos de hoy día se orientan hacia el estudio de alguno de los fenómenos básicos en lugar de hacerlo hacia una especie o gene determinados, como sucedía anteriormente. Cada vez menos se oye hablar de botánicos, zoólogos o herpetólogos y en cambio ahora se encuentran científicos dedicados a la biología molecular, a la biología del desarrollo, la biología ambiental, etc., que en todas estas áreas estudian las especies más apropiadas del sistema que les interesa. Generalmente comienzan con las formas más simples disponibles y pasan a las más complicadas a medida que van adquiriendo información y formulado conceptos; por ejemplo, muchos especialistas en biología molecular están interesados en los procesos básicos de información, codificación y traspaso de información al sistema DNA-RNA que aparentemente se encuentra en todos los sistemas vivientes, con excepción de algunos virus. Debido a la complejidad del proceso, la mayor parte de nuestros conocimientos proviene de los estudios en virus, la forma más simple de sistemas de autoduplicación, y en bacterias, apenas más complejas. Los que estudian el DNA-RNA en virus y bacterias no son virólogos o bacteriólogos; su interés en estos organismos radica exclusivamente en la facilidad de estudiar las etapas del proceso de codificación y traspaso de información. Esta nueva orientación de los biólogos representa un cambio significativo en relación al enfoque anterior de esta disciplina.

Tal vez se pregunten ustedes que tiene que ver esto con las relaciones entre el Colegio de Artes y Ciencias y la Facultad de Medicina; yo creo que lo que acabo de mencionar es la base de la interacción que se está desarrollando rápidamente. Tanto los biólogos como los especialistas en ciencias médicas básicas están interesados en los mismos procesos fundamentales y se está haciendo difícil diferenciar los programas de enseñanza e investigación en los Colegios de Artes y Ciencias y en los departamentos de ciencias biológicas o de química, fisiología, microbiología, farmacología y anatomía de las Facultades de Medicina.

La gente de ciencias médicas básicas se está pareciendo más a sus colegas biólogos y cada día le interesa menos la colaboración con los clínicos o con la medicina en general y busca en cambio la de los físicos, químicos y matemáticos; en realidad esta es la razón por la que cada vez es más difícil conseguir personal docente altamente calificado para las ciencias médicas básicas, ya que éste prefiere trabajar en los departamentos de biología de la Universidad, donde está más cerca de los colegas de ciencias físicas y de matemáticas. Si queremos atraer y conservar el profesorado de ciencias básicas en las Facultades de Medicina, debemos establecer vínculos más estrechos con los Colegios de Artes y Ciencias.

A decir verdad, soy bastante pesimista respecto al futuro a largo plazo en los Estados Unidos, pues considero que en los próximos 10 a 20 años se presentará una migración importante y hasta total, de los que ahora llamamos científicos médicos básicos hacia los Colegios de Artes y Ciencias. El papel que les correspondió, el de aplicar los conceptos y el conocimiento de la biología al ser humano, será asumido por gente cuya capacitación e interés profesionales son de tipo clínico, pero que también tiene una buena preparación en alguno de los aspectos básicos de la biología; será por lo tanto, gente que es parte de los departamentos clínicos. Afortunadamente, con los cambios que están ocurriendo en todo el ámbito de la educación, los estudiantes ingresarán a la Escuela Médica con un conocimiento bastante amplio de los conceptos básicos de las materias que en la actualidad se enseñan en ciencias médicas básicas.

Muchos de los profesores que deberán asumir esas nuevas responsabilidades docentes ya existen entre los clínicos y cada vez son más numerosos, pero al haber menos que sean de ciencias básicas será imprescindible que los primeros establezcan contactos estrechos con los biólogos y con los Colegios de Artes y Ciencias.

Sería posible también preguntarse por qué no se amplían los departamentos de las Facultades de Medicina en forma que permita a los profesores de estas disciplinas sentirse satisfechos de su ubicación. La respuesta es que esto es imposible, a menos de convertir a la Facultad de Medicina en Universidad, y en nuestro medio consideramos que las facultades profesionales no deben asumir el papel de toda la Universidad.

Como ya lo mencioné, el "Honor's Program" de educación médica de la Universidad de Northwestern es un medio efectivo de estrechar las relaciones entre el Colegio de Artes y Ciencias y la Facultad de Medicina. Los estudiantes muy brillantes, los que están en el 2% más alto de su clase, una vez que reciben su bachillerato entran directamente a seguir un programa que les permite graduarse de médicos en un mínimo de 6 años. El programa fue establecido conjuntamente por los profesores del Colegio de Artes y Ciencias y de la Facultad de Medicina; en los 2 primeros años, los estudiantes están matriculados en el Colegio y pasan aproximadamente la mitad de su tiempo en un plan especial de ciencias y la otra mitad siguiendo cursos de humanidades, ciencias sociales y artes. El plan no fue específicamente diseñado para futuros médicos sino para alumnos brillantes que hubieran beneficiado de los cursos avanzados de química, física y matemáticas que actualmente se dictan en numerosos colegios o liceos de bachillerato. Reciben una enseñanza bastante elaborada que comprende cálculo, ecuaciones diferenciales, Fournier, análisis, etc., y sus aplicaciones a la física; los estudios del primer año también incluyen un curso de química orgánica. En el segundo ésta se continúa con uno de físico-química, también basado en el cálculo, que es el que toman los estudiantes de tercer o cuarto año de esta especialidad; por último el plan incluye un curso de biología de un año de duración.

Cada uno de los cursos está diseñado en forma que refuerce los conocimientos y conceptos adquiridos en los demás, lo que permite a los estudiantes comprender mucho mejor la física, la química, la biología y las matemáticas en 2 años, de lo que lo logran muchos en 4 años de pre-médica. En realidad han sido tan buenos que los departamentos han enviado buen número de sus alumnos de últimos años a dichos cursos.

No todos los estudiantes siguen el programa hasta graduarse de médicos; alrededor de 5 entre los 25 admitidos deciden escoger otra carrera como letras, sociología, química o física, con miras a

obtener el Ph. D y para nosotros es motivo de satisfacción ver que el programa tiene tanta flexibilidad y no obliga a ningún estudiante a hacerse médico.

Los que ingresaron el primer año en este momento está terminando el último y aunque son 2 años menores que los que siguieron los programas pre-médico y médico habituales, está entre los mejores de la clase no solamente bajo el punto de vista científico, sino también en los aspectos clínicos y sociales de la medicina.

Me ha llamado la atención la estrecha similitud entre los programas de Northwestern y los que se están implantando en muchas universidades latinoamericanas, en los que los estudiantes deben hacer 1 año de ciencias básicas antes de entrar a la Facultad de Medicina; este nuevo e importante enfoque les permite tener una visión más amplia de las oportunidades que ofrece la educación superior, antes de verse obligados a tomar una decisión respecto a su carrera; a medida que éstas se hagan más numerosas, un número mayor de estudiantes escogerá campos distintos al de la medicina, campos en los que al país le interesa contar con gente preparada, pues son importantes para su desarrollo económico y social.

A medida que aumentan los conocimientos se hace más evidente la necesidad de una más estrecha relación entre las distintas Facultades y las disciplinas básicas, tal como están representadas por los Colegios de Artes y Ciencias; la de medicina ha sido una de las primeras en reconocerlo así.

ASOCIACIONES DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA SUS OBJETIVOS GENERALES Y SU ORGANIZACION

Mesa Redonda

Doctor JOSE FELIX PATIÑO
Rector de la Universidad Nacional de Colombia.

A continuación vamos a iniciar la Mesa Redonda sobre "Asociaciones de Facultades de Medicina; sus objetivos generales y su organización", la cual se desarrollará de acuerdo con el programa que ha sido repartido a ustedes el día de hayer y ahora, a su entrada a este salón. Contamos con distinguidísimo número de participantes; cada uno de ellos tiene una amplia experiencia en su respectivo campo y estoy seguro de que, de sus exposiciones, habrán de derivar ustedes interesantes enseñanzas.

La Mesa Redonda se iniciará con mi presentación, que voy a hacer a través de algunas proyecciones.

En la figura Nº 1 encuentran ustedes los tres grandes elementos que se van a discutir hoy al tratar el tópico que se me ha asignado, cual es el papel de las Asociaciones de Facultades de Medicina en el desarrollo económico de los países, y algo sobre la legislación pertinente y las funciones que ellas pueden cumplir. Esto será tratado en forma muy general.

En la figura Nº 1 están representadas por una parte, el Gobierno y la Comunidad en la columna de la izquierda y por otra la Universidad, en la figura que trata de indicar un castillo o una torre de marfil. Por qué un castillo o una torre de marfil? Porque en realidad —y desafortunadamente— la Universidad en muchos de nuestros países mantiene esas características medievales, obsoletas, que han hecho de ella verdaderamente una institución encastillada y que determina sus criticadas características de "torre de marfil". Así, la Universidad al través de los años, se ha conformado únicamente con adiestrar profesionales, y por su parte el Gobierno, que administra servicios, lo hace sin tener una información suficiente y al través de planes generalmente improvisados, ya que la Universidad misma no se ha preocupado de averiguar la realidad social, de analizarla y de proponer soluciones lógicas al Gobierno. Muy por el contrario, estas dos instituciones, Gobierno y Universidad, se mantienen alejadas, muchas veces de espalda la una a la otra, mirándose con recelo; el Gobierno considera que la Universidad está encastillada, y la Universidad considera que aquel es un grupo burocrático entrabado por la política, y el uno teme contaminarse del otro. La comunidad sufre las consecuencias de esta falta de relación, y los servicios que se le prestan no solamente son insuficientes, sino que son ilógica e irracionalmente suministrados.

DEFINICION Y MISION DE LA UNIVERSIDAD

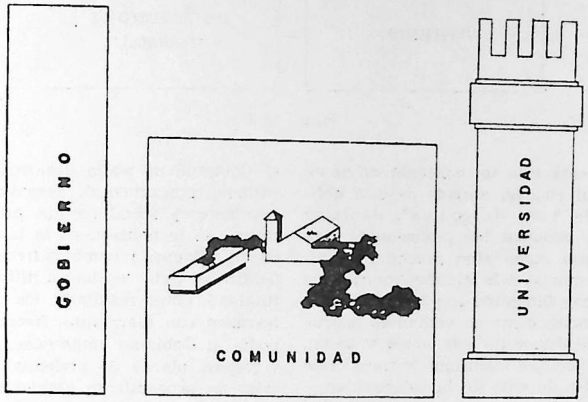


Figura Nº 1

Esto nos lleva entonces a considerar qué es la Universidad realmente, cuál es su misión.

Comencemos por la figura Nº 2, diciendo qué no es. La Universidad no puede ser esa institución encastillada, esa torre de marfil. No puede ser tampoco la fábrica de profesionales, y ni siquiera debe ser la "casa de cultura", donde se almacenen ciertos conocimientos, que pueden ser luego transmitidos a un grupo de estudiantes. Es cierto que esa ha sido la tradicional definición de la Universidad, pero hoy día resulta insuficiente e inadecuada.

Entonces qué es la Universidad? **La Universidad tiene que ser, efectivamente, un instrumento de desarrollo, una verdadera herramienta de desenvolvimiento económico y social** (figura Nº 3). En este enunciado fundamentamos nuestra definición y de él se deriva todo lo que de ahora en adelante vamos a decir.

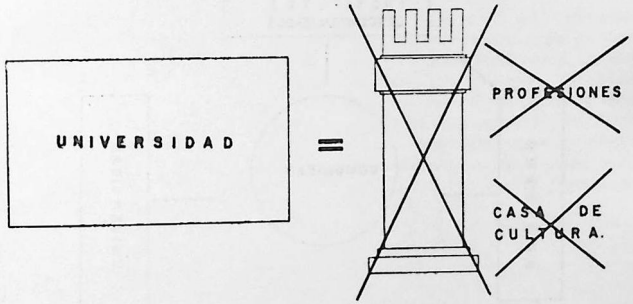


Figura Nº 2

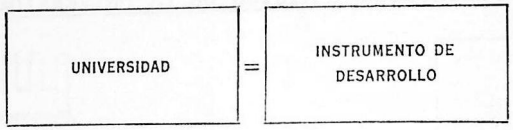


Figura Nº 3

Representa este un concepto diferente de la Universidad, alejado de esta definición de "casa de cultura", de lugar donde se enseñan las profesiones, para visualizarla como algo mucho más dinámico, mucho más amplio, mucho más vivo y más integrado con la comunidad. Se la concibe como un verdadero instrumento de desarrollo económico y social, como factor que modifique y transforme los niveles de vida de la colectividad.

LOS "INSTITUTOS DESCENTRALIZADOS".

Regresando entonces a la figura Nº 1, volvemos a ver cómo el Gobierno y la Universidad se mantienen aislados y la comunidad recibe servicios por parte de uno y de otro. Preocupados por este aislamiento, algunos países de la América Latina crearon entonces los llamados "Institutos Descentralizados". Se vio como el Gobierno no podía desarrollar efectivamente programas de desenvolvimiento económico y social porque estos se entraban en la política, en la burocracia y en los vaivenes y cambios frecuentes que dentro del Gobierno hacen difícil la continuidad. Como resultado, los programas fracasan con alarmante frecuencia. No podía el Gobierno emprender y ejecutar vigorosos planes de vivienda, de nutrición, de saneamiento ambiental, planes de desarrollo económico. Como una posible solución, se crearon los llamados "Institutos Descentralizados", que son organismos de derecho público pero que están fuera de la administración ejecutiva del Gobierno, que son autónomos y que, por lo tanto, están aislados de la política. Estos "Institutos Descentralizados" vinieron entonces a representar un mecanismo al través del cual el Gobierno podía ejecutar programas de desarrollo para la comunidad.

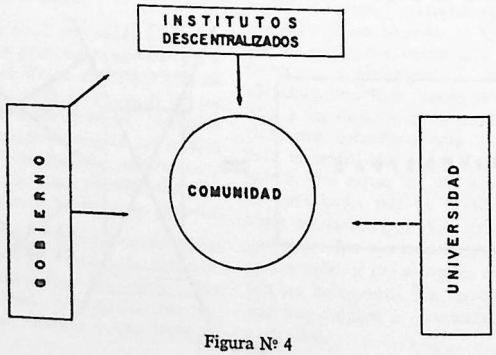


Figura Nº 4

En la figura Nº 4 vemos cómo el Gobierno ofrece unos servicios, la Universidad otros, muy débiles. Generalmente ésta última solo suministra unos profesionales formados al través de programas muy limitados.

RELACIONES CON EL GOBIERNO Y CON LA COMUNIDAD.

El Instituto Descentralizado así constituído, con una dirección autónoma, quedó en mejores condiciones para desarrollar programas. Fue rápidamente evidente que el Instituto representaba un importante puente entre el Gobierno y la Universidad y que al través de éste los servicios del Gobierno se hacían más eficaces.

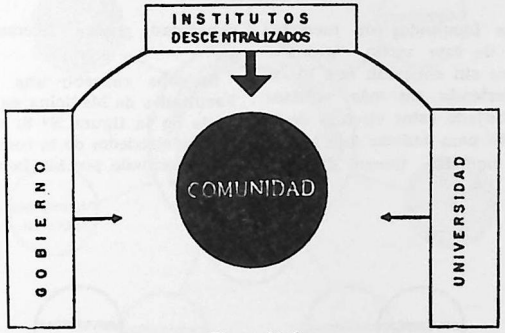


Figura Nº 5

El Gobierno, en general, financia estos Institutos, y la Universidad suministra los datos, la información y el personal y ya al través de todo ésto se hace posible dar un servicio mucho más efectivo a la comunidad. Este sistema de integración, este puente de unión, que para nosotros es muy importante (del cual se ha abusado en muchos países inclusive en el nuestro), presentó entonces la posibilidad de una concepción de sumo interés: la de crear las Asociaciones de Facultades de Medicina que pudieran representar algo similar a los Institutos Descentralizados, que puedan ser manejadas en forma autónoma, casi como instituciones privadas, y que a la vez representen un vínculo, un puente eficaz entre el Gobierno y la Universidad, puente que en el caso de la Asociación de Facultades de Medicina se hace efectivamente entre el Ministerio de Salud Pública y las facultades de medicina.

En la figura Nº 6 he querido ilustrar, hacer la comparación, entre el mecanismo que representan los Institutos Descentralizados y el mecanismo que representa la Asociación.

Yo quisiera hacer un poco de énfasis en ésto, porque la Asociación tiene que ser comprendida **no simplemente como la agrupación de facultades de medicina, sino como un efectivo instrumento que crea condiciones de desenvolvimiento económico y social para la comunidad.** No se trata simplemente de que las facultades de medicina se reúnan para ejecutar algunos programas, sino de que la Asociación signifique un impulso, un factor dinámico de desenvolvimiento y progreso para la comunidad, al través de la creación de mejores condiciones de salud y de bienestar.

Concebida así, podemos representar en la figura Nº 7 a una comunidad en el centro y a su alrededor unos satélites, que en este caso tratan de representar las facultades de medicina existentes en

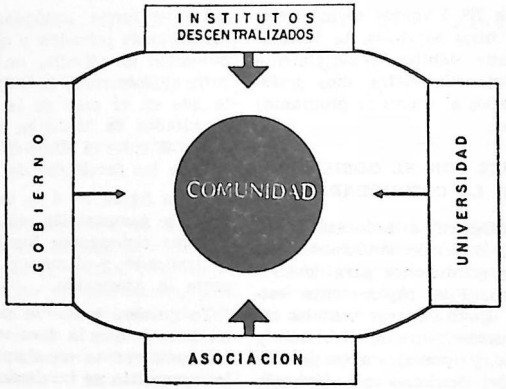


Figura Nº 6

Colombia. Las facultades de medicina pueden estar de este modo, "girando" alrededor, pero sin conexión con la comunidad. Queriendo ser más precisos, habríamos dibujado estos círculos de diferente tamaño para indicar que las facultades de medicina tienen diferente capacidad, poseen diversas características.

Se debe concebir una Asociación de Facultades de Medicina en la forma ilustrada en la figura Nº 8; una especie de círculo alrededor de la comunidad. Círculo conformado por las facultades de medicina que, sin embargo, mantienen su autonomía, lo cual es un concepto importante. La Asociación viene entonces a ser un mecanismo coordinador, integrador, pero en ningún caso suplanta ni reemplaza a la facultad, razón que debe siempre tenerse en cuenta, porque de lo contrario se correría el gran riesgo de crear una superestructura. A esa Asociación la hemos representado aquí con una especie de círculo del mismo color y colocado alrededor de la comunidad, para indicar la gran integración que debe existir. Deseo que quede muy claro este concepto de que una **Asociación de Facultades de Medicina tiene que ser un mecanismo profundamente integrado con la comunidad,** lo cual quiere decir, sin duda, que debe ser un **organismo informado, conocedor a fondo de qué es la comunidad.**

DEFINICION Y RELACION DE LA EDUCACION MEDICA.

La educación médica no es un objetivo en sí, sino más bien un medio para crear condiciones dentro de una sociedad. No es un fin ni una meta; es, ante todo, un instrumento para crear altos niveles de salud y de bienestar. De aquí se deduce que la educación médica no puede ser vista exclusivamente como programa de enseñanza, sino que es necesario concebirla como una herramienta práctica de desarrollo económico y social y, por lo tanto, la educación médica tiene que ver con los hospitales y con los institutos y entidades que dan servicios de salud y asistencia social; la educación médica tiene que ver con el Gobierno, muchísimo con el Gobierno, y éste punto es fundamental. No hay que atemorizarse de decir esto, y no debe pensarse al decirlo que se está atentando contra la autonomía de la Universidad. Al contrario, la autonomía de la Universidad con frecuencia se pierde cuando ésta se convierte en "torre de marfil" y en cambio, se fortalece cuando

Figura Nº 8

se integra y se compenetra con la comunidad. Es lógico entonces que tiene que mantener una vinculación con el Gobierno de ella.

La comunidad misma, por otra parte, está caracterizada por unas condiciones muy propias y la educación médica tiene que adecuarse a ellas, tiene que saber lo que son éstas y como determinan a la comunidad a la cual está destinada a servir. No se puede simplemente planear educación médica para una comunidad concebida en abstracto. Hay que planear para una comunidad en términos precisos, términos objetivos, lo cual quiere decir el conocimiento, la determinación de lo que significan sus condiciones, sus necesidades, sus recursos.

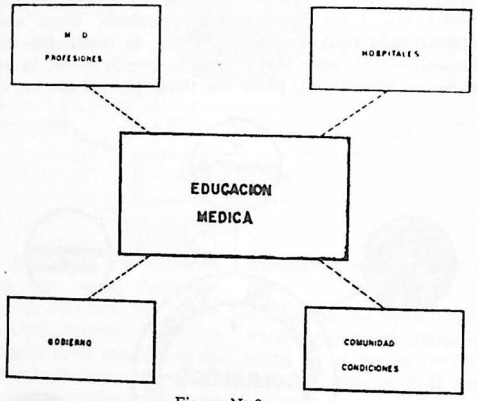


Figura Nº 9

Concebida así la educación médica, ya vemos cómo una Asociación de Facultades de Medicina se va formando. Vemos ilustradas en la figura Nº 9 las grandes áreas y zonas de acción de la educación médica. Si vamos a concebir la educación médica no simplemente como un sistema pedagógico para enseñar una profesión sino como un medio para crear condiciones generales de bienestar, tenemos que aceptar la necesidad de integrarnos con otras profesiones, porque **la educación médica no es sino una parte de la educación universitaria.** Hoy estamos todos de acuerdo en que no se puede hacer enseñanza de medicina a solas: hay que hacer enseñanza de medicina dentro del contexto de la enseñanza universitaria **para afrontar el problema integral de la salud.** Esto significa fundamentalmente, **un enfoque multiprofesional e interdisciplinario.** Hoy ya ni siquiera hablamos de "ciencias básicas", sino que hablamos de estudios generales", hablamos de "conocimientos generales", sobre los cuales y al lado de los cuales, se hace la docencia médica. Pensar en que para formar médicos es necesario solamente enseñar patología y clínicas, es una idea que ha sido abandonada desde hace mucho tiempo.

De este modo (figura Nº 10), hay que concluir que la Asociación tiene que ver entonces no solo con la educación médica, sino con todas las profesiones de salud y con la educación universitaria en general, pero también con los hospitales, con el ejercicio de la medicina, así como con la investigación, que en gran parte significa la determinación de las condiciones de salud de la colectividad. Si reunimos todos estos elementos entonces podremos algún día formular un Plan Nacional de Salud. Y ésta es en-

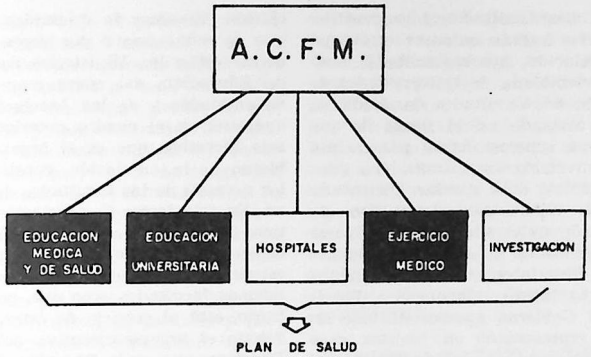


Figura Nº 10

tonces una de las funciones a mi modo de ver, más importantes de la educación médica: **contribuir a la formulación de un plan nacional de salud.**

ORGANIZACION DE UNA ASOCIACION DE FACULTADES DE MEDICINA.

Con estas consideraciones ya podemos estructurar el comienzo de un cuadro de organización de una Asociación. En la figura Nº 11 aparecen las instituciones que conforman o tienen relación íntima con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Por una parte aparecen aquí agrupados como su elemento constitutivo más importante —ya que son su esencia y su gobierno— las facultades de medicina. A su lado los institutos afiliados, como el Hospital Militar, que es un centro docente, o el Instituto Nacional de

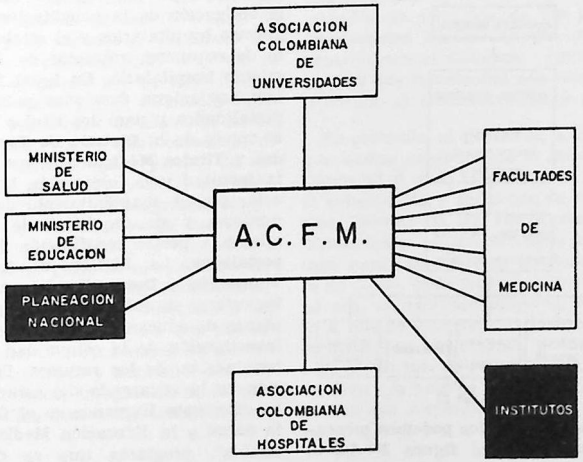


Figura Nº 11

Nutrición. Las facultades y los institutos afiliados forman entonces el cuerpo de la Asociación. Aparece arriba la Asociación Colombiana de Universidades, de la cual la de Facultades de Medicina es filial, evitando así el riesgo de que se cree una superestructura por encima de las Universidades mismas. (La educación médica debe quedar incrustada claramente dentro de la estructura de la educación universitaria). En la parte inferior vemos a la Asociación Colombiana de Hospitales, con la cual mantenemos una íntima vinculación. Finalmente, el Gobierno aparece al lado izquierdo, representado en nuestro caso por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y la Oficina de Planeación de la Presidencia. Para mí este último es un elemento también de fundamental importancia en la constitución misma de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. No es posible desarrollar una labor realmente efectiva a menos que se mantenga una relación muy estrecha con el Gobierno, y especialmente con la Oficina Nacional de Planeación.

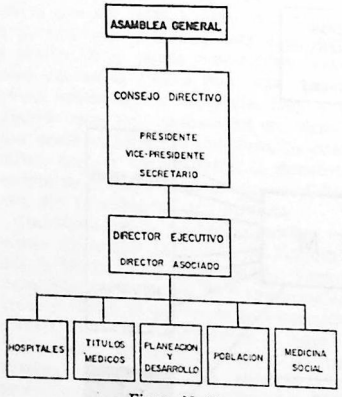


Figura Nº 12

Sobre estos principios podemos presentar finalmente, en la figura Nº 12, el cuadro de organización de nuestra Asociación. Tenemos la **Asamblea General**, que se reúne una o dos veces por año, donde están los Ministerios de Salud y de Educación, así como representantes de entidades y de las Asociaciones que aparecen en el cuadro anterior. El **Consejo Directivo**, que es el órgano de gobierno de la Asociación, constituído por los decanos de las facultades de medicina. En esta forma la Asociación se mantiene bajo el gobierno y dirección de los decanos y no se convierte en una superestructura que pueda competir con las mismas facultades, sino que, por el contrario, está al servicio de éstas. Aparece debajo el órgano ejecutivo del Consejo Directivo, que es la **Dirección Ejecutiva.** Nosotros hemos insistido mucho en que solamente se logrará el éxito de la operación de una Asociación cuando el Director Ejecutivo y su Director Asociado y la gente que trabaje con él, estén dedicados exclusivamente a esa misión, es decir, sean **personal de planta de tiempo completo.**

Vienen luego las divisiones que tiene nuestra Asociación: **La División de Hospitales**, ya que por ley nos corresponde la obligación de la acreditación de programas hospitalarios y el establecimiento de requisitos mínimos de funcionamiento hospitalario. En igual forma, la Ley nos asigna funciones para las especialidades y para los títulos médicos: al través de la **División de Especialidades y Títulos Médicos** nosotros tenemos la facultad y la obligación legales de velar por el mantenimiento de niveles mínimos y de requisitos de adiestramiento, y por la certificación de los especialistas. La **División de Educación, Planeación y Desarrollo**, tal vez la más importante de todas, ya que propone los planes de educación sobre la base de la investigación de la comunidad y la determinación de los recursos. Esta división es la encargada del estudio sobre los "Recursos Humanos en el Campo de la Salud y la Educación Médica en Colombia", programa que se desarrolla conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, y bajo el patrocinio de la Fundación Milbank Memorial y la Organización Panamericana de la Salud. De este estudio habrán de salir conclusiones concretas que hagan posible la proposición de planes racionales que aseguren una utilización óptima de los recursos y una proyección de programas para el futuro. Otras Divisiones de la Asociación tienen programas operativos: de mucha importancia es la **División de Estudios de Población**, que adelanta labores de carácter eminentemente interdisciplinario, proyectos de investigación, planes de formación de personal y programas de ejecución. Finalmente la más joven de todas, la **División de Medicina Social**, que representa para nosotros un valioso instrumento de enseñanza para las facultades de medicina, que les permitirá ver cuál es su verdadero objetivo, cuál debe ser su verdadera orientación, qué en dos palabras es: MEDICINA SOCIAL.

RESUMEN

La Asociación Colombiana de Facultades es una entidad libremente formada por la agrupación de las facultades de Medicina y de algunas instituciones afiliadas, con personería jurídica y con la función —asignada por la Ley Colombiana— de velar por la constante superación de los niveles de docencia médica en el país, por el establecimiento de requisitos mínimos para planes de enseñanza de pre-grado y de post-grado, por la acreditación de programas hospitalarios y la certificación de especialistas, por la planeación y el desarrollo a corto y a largo plazo de la educación médica. Es un mecanismo enormemente efectivo de integración. Integración de las facultades de medicina, que pueden entonces definir metas comunes, utilizar mejor sus recursos y mantener un desarrollo armónico; integración de la educación médica dentro del contexto general de la educación universitaria, orientada esta última hacia la aceleración del desarrollo económico y social de país, y dentro de programa multidisciplinario de la educación en las profesiones de salud; integración con el Gobierno, ya que la educación médica, como el Gobierno, tiene en última instancia la misión de servir y de moldear a la comunidad; integración con la comunidad misma, a la cual debe estudiar y comprender a fondo. Como resultado de todo esto, la Asociación puede orientar la educación médica para adecuarla a las verdaderas necesidades del país.

Para que la educación médica deje de ser simplemente un sistema de adiestramiento profesional para convertirse más bien en un factor dinámico de desarrollo capaz de crear mejores condiciones de bienestar, debe mantener íntimas relaciones con zonas de ejercicio profesional, con instituciones de asistencia, con agencias gubernamentales y privadas y, fundamentalmente, con la educación universitaria general y con las profesiones de salud en particular. Todo esto se logra en forma óptima al reunir a las facultades de medicina de los países en Asociaciones Nacionales que puedan, de acuerdo con el Gobierno, ejecutar programas que representen una efectiva contribución al desenvolvimiento social.

No pretendo, al presentar la definición que hemos adoptado de la misión de la Universidad y de la educación médica y la constitución y funciones de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, insinuar que este debe ser un patrón para otros países. Ciertamente, ya lo he dicho, cada país y cada región tiene sus necesidades propias. Solo aspiro a que la experiencia colombiana, comentada tan brevemente, pueda ser útil y de algún interés para ustedes, que desarrollan sus propios programas de acuerdo con sus necesidades.

Doctor ERNANI BRAGA, del Brasil

Director Ejecutivo, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

La idea de crear una organización que reuniera las Escuelas Médicas del Continente empezó a tomar forma a partir de 1955 y 1956, cuando la Organización Panamericana de la Salud organizó respectivamente en Viña del Mar, Chile, y en Tehuacán, México, seminarios sobre enseñanza de la Medicina Preventiva a los cuales comparecieron representantes de los cuerpos docentes de cerca de 80 escuelas médicas de América Latina. Se elaboró en aquella ocasión un documento recomendando la formación de una Asociación Panamericana de Enseñanza Médica, pero por falta del consiguiente apoyo, la iniciativa no tuvo continuidad.

En Septiembre de 1957 se realizó, en la ciudad de México, por convocación de la Unión de Universidades de América Latina, la Primera Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas. En ese importante certamen fue aprobado el conjunto de conclusiones conocido como "Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina" en una de las cuales está dicho que "es recomendable la creación de Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina y su correlación entre ellas".

Las responsabilidades inherentes a la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina, están muy claramente expresadas en los objetivos fundamentales de esta entidad. De hecho sus Estatutos incluyen entre dichos objetivos:

a) Investigar los problemas de educación médica y de las ciencias de la salud, en función de las necesidades sociales del Hemisferio;

b) Facilitar el intercambio continuo de experiencias en educación médica;

c) Estimular la instalación y el desarrollo de centros de Entrenamiento Científico y docente, de carácter internacional;

d) Asesorar a las Asociaciones Nacionales en programas tendientes a elevar el nivel de las escuelas de medicina;

e) Fomentar las relaciones entre las escuelas médicas y las Asociaciones Nacionales;

f) Mantener relaciones con otras instituciones y organizaciones internacionales que tengan finalidades similares.

Los que vienen acompañando la acción de la Federación desde sus primeros días saben muy bien la importancia que sus organismos directores han atribuido a aquellas tareas. Convendría sin embargo ofrecer a los participantes de esta Mesa Redonda una breve información sobre la formación de la Federación y, especialmente, sobre la responsabilidad de las Asociaciones Nacionales en el desarrollo de una política de intercambio continental en el campo de la Educación Médica.

A fines de octubre de 1960 la Asociación Americana de Escuelas Médicas invitó un numeroso grupo de miembros de cuerpos docentes de varias escuelas médicas latinoamericanas, para asistir a su 71ª reunión anual y debatir las posibilidades de adoptar medidas en favor de la creación de un organismo que congregara las escuelas médicas de América Latina. Cerca de un mes después, nuevamente convocadas por la Unión de Universidades de América Latina, las escuelas latinoamericanas se reunieron en Montevideo por la segunda vez y, entre las recomendaciones aprobadas, se incluyó la

que dio origen a la Federación, esto es, que se creara a través de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina **de todos los países de América**, una Federación Panamericana de Escuelas Médicas.

Dando cumplimiento a tal mandato, cupo a la Asociación Americana de Escuelas Médicas invitar representantes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Canadá, durante su 72ª Reunión Anual y dar los primeros pasos para la formación del nuevo organismo. Un Comité Organizador, compuesto de educadores, reunióse en Abril de 1962 en Cali, Colombia y allí completó la preparación del plan de organización y de los Estatutos de una Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Finalmente, el día 29 de Noviembre de 1962, la III Conferencia de Escuelas Médicas Latinoamericanas, organizada en Viña del Mar, Chile, por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con la cooperación de las demás escuelas de aquel país, dió su aprobación a la creación de esta entidad.

De conformidad con los Estatutos, cupo a un Comité Administrativo interino, electo por la III Conferencia, contratar un Director Ejecutivo y colocar la Federación en funcionamiento, instalando su sede en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Además, en Agosto de 1964, durante la realización de la IV Conferencia, en la ciudad de Poços do Caldas, Brasil, los organismos directivos permanentes de la Federación, esto es, su Consejo, su Mesa Directiva y su Comité Administrativo, fueron formalmente constituídos.

Desde su comienzo la Federación ha procurado actuar en perfecto entendimiento y de común acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y recientemente, el Consejo Directivo de dicha Organización internacional, por el voto de los representantes de los países miembros, resolvió reconocerla como "organismo no gubernamental, representativo de las Facultades y Escuelas de Medicina de las Américas", habiendo al mismo tiempo autorizado a su Director para desarrollar, en cooperación con la Federación, aquellas actividades de interés mutuo que contribuyan para el fortalecimiento de los programas de Educación Médica del Continente.

Se trata pues de un organismo no gubernamental, de carácter exclusivamente educacional y científico, cuyo propósito es contribuír en forma organizada y progresiva, al perfeccionamiento de la educación médica en todos los países de América. Sus propósitos no admiten la interferencia de lo político, de lo contingente o transitorio. La mueven altos ideales de confraternidad y su principal meta es la modernización de la educación médica, adecuándola a las características peculiares y a las necesidades de nuestros países. En verdad la Federación es nada más un instrumento de las Asociaciones y de las Escuelas Médicas únicas en sus países, que le son afiliadas. No es, de manera alguna, un organismo que busque imponer patrones, dictar normas o trazar políticas. Además, cuanto más fuertes, capacitadas e independientes sean aquellas Asociaciones y escuelas, tanto más robusta y respetada será la Federación.

En este respecto, sus Estatutos son muy claros, puesto que establecen que las Asociaciones Nacionales de Escuelas Médicas, se darán sus propios estatutos y reglamentos incluyendo en ellos, como es natural, los propósitos y objetivos generales mencionados anteriormente.

Evidentemente, de conformidad con los Estatutos, cabrá a aquellas Asociaciones y Escuelas aisladas la responsabilidad de procurar dar cumplimiento, en cada país, a las resoluciones, acuerdos y recomendaciones que las escuelas del Continente, libremente resuelvan adoptar du-

rante las Conferencias Generales de Educación Médica, que la Federación organizará periódicamente. Aún, en lo que se refiere al establecimiento de patrones de enseñanza médica, el Consejo de la Federación acaba de enmendar el inciso 2.6 del Artículo VI, de los Estatutos, cuya redacción original podría ser interpretada de manera distinta.

El mencionado inciso decía que uno de los objetivos de la Federación es "asesorar a **las Asociaciones Nacionales que lo soliciten**, en programas tendientes a elevar el nivel de las Escuelas de Medicina hasta alcanzar los requerimientos mínimos fijados por la Federación y por la Organización Mundial de la Salud". Realmente el Comité que redactó los Estatutos cometió un pequeño error que el Consejo acaba de corregir. Como seguramente todos saben, la Organización Mundial de la Salud no fija tales requerimientos; ella simplemente reúne, de tiempo en tiempo, Comités de expertos en Educación Médica, a fin de que preparen, como opinión de carácter estrictamente personal de sus miembros, informes sobre cuáles son, en aquel momento, los requerimientos que ellos recomendarían para Escuelas de Medicina. Estos informes son ampliamente distribuídos. De manera similar las Escuelas Médicas de la América Latina, reunidas por la 4ª vez en Poços do Caldas, Brasil, en Agosto de 1964, han aprobado los requerimientos mínimos que constan en el documento elaborado por el doctor Raúl Devoto y distribuído en las carpetas de los participantes de esta Conferencia. Podrán los mismos servir de norma deseable, hasta que la evolución de la enseñanza médica aconseje su reexamen, en una de las futuras Conferencias de la Federación o en otros Comités de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. En último análisis, apenas se espera que las escuelas Médicas, de conformidad con los mecanismos académicos de las Universidades en que están integradas, busquen elevar su nivel hasta alcanzar, como dice la enmienda que acaba de aprobar el Consejo de la Federación, "requerimientos mínimos aceptables internacionalmente".

La posición de la Federación con respecto al desarrollo de las Asociaciones Nacionales, es pues, de promoción, coordinación, participación y, especialmente, cooperación, para que sirvan, de manera efectiva, al desarrollo de una sana política de intercambio continental en el campo de la Educación Médica.

Quizás pueda esta entidad seguir representando a nivel continental, pero particularmente en el panorama latinoamericano, aquel papel central, catalizador, que está elevando a niveles cada vez más altos la Educación Médica en nuestros países, y del cual esta Conferencia es impresionante demostración.

Dr. DANIEL ORELLANA

Jefe de la Oficina de Salud Pública Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
Secretario Ejecutivo de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Esta breve exposición no pretende señalar pautas para las relaciones entre las Asociaciones de Facultades de Medicina y las autoridades de salud y otras instituciones interesadas. Se trata, más bien, de un resumen de la experiencia venezolana en este campo. Cualquier idea original es propia del autor y no representa la opinión de las organizaciones a las cuales él está vinculado.

Antes de crearse, en mayo de 1965, la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina, ya existía en el país una organización que facilitaba el estudio conjunto de los problemas de la educación médica por las entidades docentes responsables. La Ley de Universidades de 1958 asignó al Consejo Nacional de Universidades la decisión sobre los más altos problemas de la enseñanza universitaria. Dadas la complejidad y magnitud de los asuntos a su cargo, el Consejo dividió sus responsabilidades en sectores correspondientes a las grandes disciplinas universitarias: Medicina, Ingeniería, Odontología, etc. El Consejo está formado por los Rectores, un Decano-delegado y un representante estudiantil de cada una de las Universidades del país, oficiales y privadas, y es presidido por el Ministerio de Educación. Las organizaciones a nivel de cada rama, de carácter fundamentalmente asesor ante el Consejo, se llaman Núcleos de Trabajo y están formadas por los Decanos de las respectivas Facultades. Su coordinación la ejerce el Secretario Permanente del Consejo Nacional de Universidades.

El Núcleo de Trabajo de Medicina, en cuyas discusiones participan también regularmente representantes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de la Federación Médica Venezolana y de la Oficina Sanitaria Panamericana, así como directores de hospitales docentes y miembros de los Colegios Médicos locales, inició sus actividades en 1960 y ha efectuado hasta ahora 27 reuniones. Debido también a la variedad de los problemas, se constituyeron grupos de trabajo para áreas más limitadas y es así como hoy funcionan, junto con el propio Núcleo de Medicina, los Grupos de Trabajo de Medicina Preventiva y Social, de Ciencias Morfológicas, de Medicina Interna y de Psiquiatría, integrados por los jefes y catedráticos de los respectivos Departamentos. El primero de estos grupos se ha reunido regularmente una vez por año desde 1960.

La labor del Núcleo de Trabajo de Medicina, de sus grupos auxiliares y de algunas comisiones accidentales, ha sido de extraordinaria importancia para el progreso de la educación médica en Venezuela. En sus reuniones se han analizado todas las materias propias de esa actividad y sus recomendaciones constituyen pautas de orientación para las Facultades y las Escuelas Médicas. Un resultado práctico igualmente valioso es la oportunidad que se presta a Decanos y a Directores de Escuelas, como también a Jefes de Departamento y Profesores, de reunirse frecuentemente con sus colegas de otras Universidades para intercambiar experiencias, formular normas nacionales y tomar decisiones de alcance común. El establecimiento del cupo de admisión en las Escuelas de Medicina y la normalización

de las relaciones con los hospitales docentes son tal vez el mejor ejemplo del resultado efectivo de este trabajo en equipo.

Fue sobre un terreno así preparado que vino a implantarse, a partir de 1958, la colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con las Universidades Venezolanas, particularmente con las Facultades de Medicina. Sería injusto, sinembargo, suponer que antes de ese año no existía ningún tipo de cooperación entre esas instituciones. Lo que conviene dejar claro es que la comunión de ideales y objetivos y la combinación de esfuerzos que desde aquel año se han venido fortaleciendo considerablemente, se facilitaron por la existencia de una organización integradora a nivel de las Facultades de Medicina, organización en la cual también participó desde sus comienzos el Ministerio de Sanidad.

Ningún historiador resiste el deseo de querer conocer las razones primeras, los motivos íntimos, las ideas germinales que han dado origen a un fenómeno histórico. El autor de este relato quisiera poder reseñar ahora, con detalle, los pequeños hechos que fueron sumándose hasta convertirse en el movimiento cooperativo que estamos revisando. Pero esta tarea quedaría siempre incompleta por la imposibilidad de llegar a todas las fuentes de información. Sin embargo, dentro de este proceso hay tres factores que, a su juicio, fueron determinantes.

Uno fué el notorio sentimiento de renovación que surgió en las Facultades de Medicina a raíz de los cambios políticos de comienzos de 1958, y que se hizo patente en el reconocimiento de que era necesaria una reforma de los estudios médicos. Actitud pionera tuvo entonces la Facultad de la Universidad Central, la más antigua del país, la cual realizó en su seno un Seminario de Educación Médica y formuló, mediante una comisión asesora de alto nivel, las bases de una reforma de la propia Facultad y del plan de estudios.

Otro fue el efecto sutil —catalítico, promocional— de la ayuda internacional, que empezó a hacerse sentir precisamente al mismo tiempo y en gran parte como resultado de la creación, en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de una unidad administrativa dedicada especialmente al mayor aprovechamiento de la asistencia técnica foránea.

Y el último fué la convicción que tomaba cuerpo día a día en el ánimo de los higienistas venezolanos de que, no obstante los crecientes aportes financieros para el gasto en salud y los constantes esfuerzos organizativos, nunca se podría mejorar realmente la calidad de los servicios médicos si no se lograba influir seriamente en el proceso mismo de la formación del médico, el personaje central de toda la organización. Era, pues, hacia él —es decir, a la Universidad— donde había que volver los ojos.

De la combinación de estas fuerzas nació la idea, en 1959, de celebrar una reunión de alcance nacional para revisar el estado de la educación médica en el país y establecer los principios generales, los objetivos, los métodos y el contenido del proceso de formación del médico. El primer Seminario Nacional de Educación Médica, resultado de estos esfuerzos conjuntos, tuvo lugar en Mérida, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, en Junio de 1960. No hay duda de que esta reunión marca el punto de partida del movimiento renovador más importante que se haya registrado, en escala nacional, en educación médica en el país.

Fue en esta reunión en donde el Ministerio de Sanidad expuso las bases de su programa de colaboración en las Facultades de Medicina, que luégo amplió en su Memoria Anual de 1960 en el capítulo (orientación de la Enseñanza de

la Medicina), que se anexa a este informe. Desde entonces, la vinculación ha sido más estrecha y los resultados más brillantes. El Ministerio cedió personal suyo para la organización de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social, —que hoy funcionan en las siete Escuelas de Medicina—, otorgó numerosas becas para formación de profesores, obtuvo servicios de asesoramiento y también un crecido número de becas de la Oficina Sanitaria Panamericana y de otras fuentes internacionales para las Facultades y aportó personal suyo y financiamiento para el desarrollo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central.

Desde luego, en la evolución de este proceso se han registrado las dificultades naturales derivadas, principalmente, de los distintos ordenamientos jurídicos y administrativos de ambas instituciones, Ministerio y Universidades. Pero estos obstáculos han sido menos graves que los que plantean en la práctica, frente a las necesidades reales, la limitación de los recursos financieros y la constante escaséz de personal calificado. Los objetivos finales de ambas instituciones son únicos, aunque para una se entiendan como un objetivo general —la salud del pueblo— y para la otra como uno particular: la formación del médico.

Tres años después del primero, en Enero de 1964 se realizó el segundo Seminario Nacional de Educación Médica, al cuidado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, en cuya organización también tomó parte activa el Ministerio de Sanidad. Si en el primer Seminario se puede considerar que el tema principal fué la determinación de los objetivos de las Escuelas de Medicina, en el segundo lo fué la definición de tipo de médico que necesita el país. Obvio es decir, que tal definición no podría lograrse sin el concurso del pensamiento y la experiencia acumulada a nivel de la organización sanitaria nacional. Esto permitió consolidar las relaciones interinstitucionales y abrir nuevos rumbos para la combinación de esfuerzos.

Es importante señalar que en todas estas acciones, la Federación Médica Venezolana —que congrega los Colegios Médicos de todo el país— ha estado siempre al lado de las Universidades y del Ministerio de Sanidad. La Federación no se ha limitado a su participación en estas actividades conjuntas, sino que también en sus propias reuniones se ha abocado al estudio de problemas relacionados con la Educación Médica, en particular con la creación de nuevas Escuelas de Medicina. Estos hechos merecen destacarse tánto por su propio contenido, como por el considerable valor moral que confiere a las decisiones la intervención del máximo organismo representativo de la profesión médica en el país.

Fué en estos momentos del desarrollo institucional de la educación médica entre nosotros cuando vino a crearse la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina. En su organización participaron también, al lado de las Facultades de Medicina, el Ministerio de Educación a través del Secretariado Permanente del Consejo Nacional de Universidades, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Federación Médica Venezolana. Por su corta vida, y por haberse encontrado con la existencia anterior de una estructura básica activa en las relaciones interinstitucionales, la Asociación no puede presentar todavía un cuerpo de realizaciones concretas.

Sus primeros esfuerzos se han encaminado a lograr su conocimiento en los medios universitarios, de la profesión médica y de las autoridades educacionales y de salud; a consolidar su sistema de financiamiento y a trazarse planes de acción para un futuro inmediato. Con el fin de evitar cualquier reserva infundada sobre la verdadera naturaleza de sus objetivos, se ha querido dejar claro, des-

de el comienzo, que la Asociación no es en sí misma, una superestructura oficial, sino una organización privada de las Facultades de Medicina, que tiene como finalidad última la ayuda a las propias Facultades —por lo tanto a las Universidades y al país en general— para el adelanto de la Educación Médica; que sus medios de acción son el estudio de los problemas, la recomendación de soluciones, la consecución de ayuda nacional e internacional y la formulación de los más altos patrones aplicables a nuestra realidad en el proceso de formación básica y continuada de nuestros médicos.

Sobre la base de una sola experiencia como la anterior, no es juicioso intentar el diseño de un esquema único, de aplicación general, en lo que respecta a las relaciones de las Asociaciones de Facultades de Medicina con las autoridades de salud. La problemática nacional, el nivel de estructuración alcanzado y el desarrollo del liderazgo local imprimirán forzosamente un matiz distinto a cada caso en cada país. Esto es, por otra parte, lo deseable, pues de la suma de esas experiencias habrá de surgir en el futuro la pauta orientadora.

Hay, sin embargo, algunos interrogantes que merecen un planteamiento preliminar. Por ejemplo, conviene que las Asociaciones lleven a cabo actividades que en alguna forma puedan considerarse del dominio del servicio público? Y también, qué grado de dependencia ya sea financiera, administrativa o ideológica, puede aceptarse entre las Asociaciones y las autoridades educacionales o de salud, o las entidades públicas o privadas de ayuda internacional?

Por cuestión de principio, no parece aconsejable que las Asociaciones lleguen a convertirse en entes de servicio público, cualquiera que fuera el programa escogido. Las complejidades del servicio público terminarán restándoles fuerzas y capacidad de acción para el cumplimiento de sus más altos objetivos de coordinación, asesoramiento, investigación y promoción. Por su lado, la dependencia muy estrecha de los organismos patrocinadores podría influir también adversamente en la capacidad de iniciativa y la autonomía de acción.

El campo de trabajo que se presenta a las Asociaciones es vasto y prometedor, pero no conviene que el entusiasmo pudiera llegar a comprometer o desvirtuar sus objetivos fundamentales. Para muchas de ellas, la fijación de estos objetivos es la tarea de estos momentos. Su mantenimiento y realización seguirán después. Tal vez el papel principal, en las primeras etapas, es el de aglutinar alrededor de la educación médica los numerosos intereses y recursos existentes en los distintos sectores, dentro y fuera del país, empezando por las propias Facultades. Y ya esto solamente sería un logro de extraordinario valor. Por lo tanto, los estatutos y reglamentos de las Asociaciones deben procurar que en su seno se combinen efectivamente esos intereses y recursos. Lo contrario es consagrar la existencia de un bloque unilateral más.

La medicina como ciencia y la salud pública como arte tienen entre sí un puente de unión en la educación médica. Las Universidades y los Ministerios de Educación y de Salud hallarán sin duda en las Asociaciones de Facultades de Medicina un medio que les ayudará a cruzar las distancias que pudieran separarles. Sus acciones son complementarias en cuanto al objetivo final, y lo que importa es que cada cual produzca a cabalidad la parte del todo integral que le corresponde. Esta conjunción de esfuerzos es particularmente importante hoy, cuando tras dura lucha se ha logrado ya que la salud tenga por derecho propio el puesto que merece en los altos niveles en que se discute y planifica el desarrollo económico de los países. Siendo la educación médica un componente ex-

tructural de los programas de salud, ella tiene su parte en ese puesto.

Cómo pueden las Asociaciones de Facultades de Medicina cumplir plenamente estos cometidos? Nuestra sola experiencia no me permite por ahora contestar en pocas palabras esta pregunta. Pero estoy seguro de que si fijamos bien los objetivos, determinamos con cuidado los medios, buscamos y apoyamos los líderes —que siempre existen— y trazamos y cumplimos con esmero los planes de acción, los éxitos que habremos de registrar dentro de pocos años dejarán ampliamente satisfecha esta inquietud.

ORIENTACION DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

(Tomado de la Memoria del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1960, Caracas, Venezuela).

Ha sido constante preocupación del Ministerio lograr una reforma substancial en la orientación de los estudios médicos en el país. Los grandes cambios ocurridos en el ejercicio profesional como efecto de la generalización creciente de los sistemas de medicina social; el adelanto impetuoso de las técnicas y conocimientos de la medicina preventiva y la salud pública, y los admirables progresos registrados a diario en la tecnología médica, han hecho que gobiernos, profesionales y educadores se hayan visto obligados a revisar frecuentemente las normas de formación universitaria del médico para adaptarlas a las nuevas necesidades.

Tal vez podrían resumirse en estas directrices la esencia de esa reforma. En primer lugar, el médico debe tener presente que es función principal de la medicina mantener la salud del hombre, para asegurar así su capacidad creadora de bienes materiales y espirituales, no olvidando que la enfermedad y su tratamiento constituye una pérdida económica para el paciente y la sociedad. Luego, deberá considerar al individuo, sano o enfermo, como integrante de la familia, y a ésta como parte de la comunidad, sujetos ambos a la influencia de un medio ambiente variable en sus componentes físicos, sociales y culturales; y, finalmente, habrá de entender que aunque la profesión moderna le ofrece incentivos y razones para especializar sus conocimientos, todavía en grandes áreas de muchos países, deberá ser capaz de atender en forma integral al individuo y a la colectividad.

La necesidad de esta reforma ha sido ya universalmente sentida, y eminentes educadores médicos e higienistas en muchas partes han hecho oír su voz en su defensa. Sostienen éstos que los problemas de salud de cada país se configuran de acuerdo con su estructura política y social, su cultura y, desde luego, su propia nosografía; y también que de acuerdo con estas circunstancias, cada organización sanitaria nacional demandará una política adecuada y racional en la formación profesional del médico.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social manifestó antes de ahora su interés en propiciar un cambio de esta naturaleza. La Comisión mixta que en 1952 hiciera un estudio de su organización, formuló como una de sus recomendaciones primarias la siguiente: "Por ser la preparación básica de los médicos factor esencial en el rendimiento de los servicios hospitalarios y sanitarios, la Comisión recomienda una reforma de la educación médica, orientada a suministrar a los futuros médicos, junto con el entrenamiento clínico, la debida formación en medicina preventiva y social, así

como en los aspectos ambientales que influyen sobre la incidencia de las enfermedades, para permitir un incremento de la responsabilidad profesional especialmente en lo relacionado con los problemas colectivos".

Más adelante, este mismo informe, al estudiar la organización hospitalaria afirma que "el rendimiento óptimo en el trabajo sanitario, y dentro de éste, el hospitalario, depende en gran parte de la preparación básica de los médicos que lo efectúan tanto desde el punto de vista del dominio de un mínimun de técnicas y nociones, como del desarrollo de un adecuado sentido de la responsabilidad profesional ante el individuo y la colectividad", y recomienda, "que las escuelas de medicina asuman la Dirección de una enseñanza graduada y postgraduada concebida para preparar el número y calidad adecuados de los médicos generales y los especialistas que requiere el país, aprovechando para ello el cuadro favorable que comienza a ofrecerle la organización de médicos residentes de tiempo integral en los hospitales".

Por último, este documento señala también la importancia de la enseñanza de la higiene y la medicina social en la Universidad y la necesidad de la carrera profesional del profesorado universitario.

Cuatro años más tarde, en 1956, el Ministerio organizó y celebró el Primer Congreso Venezolano de Salud Pública, incluyendo como una de sus cinco ponencias el tema "La educación médica y la salud pública", desarrollado por un distinguido grupo de miembros de su personal y de la Facultad de Medicina de Caracas.

Una de las recomendaciones de esta Ponencia dice así: "En vista de los cambios que bajo la influencia de factores científicos, técnicos y sociales, ha sufrido el ejercicio de la medicina, se recomienda que se incluya en la enseñanza médica el estudio de las nuevas modalidades del ejercicio profesional y de la evolución del papel del médico en la sociedad"; y otra: "Debe otorgarse especial consideración a la orientación del estudiante para que pueda darse cuenta de que la sociedad a la cual tiene que servir, está compuesta de individuos y de grupos (familias), cuyos problemas de salud y de enfermedad están bajo la influencia del medio físico, psicológico y social en que viven".

De su estudio, el Congreso adoptó varias recomendaciones, una de las cuales fue la siguiente: "Que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social solicite del Ejecutivo Nacional la designación de una comisión compuesta por representantes del Ministerio de Educación de las Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales y del Ministerio de Salud y Asistencia Social, para que, teniendo como base los conceptos expuestos en la Ponencia, considere las modificaciones que requieren los actuales estudios médicos".

Las preocupaciones y propósitos así manifestados no cristalizaron, lamentablemente, en planes concretos. Al mismo tiempo, otros eminentes educadores médicos del país pensaban y trabajaban en igual sentido, pero todavía no era posible mancomunar esfuerzos y disponer de medios y ambiente propicios para un cambio de tan singular importancia.

A partir de 1958 se abren nuevos horizontes y el tema ocupa otra vez la atención de las personas interesadas. La Facultad de Medicina de Caracas realiza un seminario local sobre educación médica; y por otra parte, tratando de llevar a la práctica viejas ideas renovadas, con el entusiasmo de un grupo de médicos venezolanos participantes en un seminario sobre enseñanza de la Pediatría celebrado entonces en Colombia, se fortalece el propósito de organizar uno semejante sobre enseñanza médica, con carácter nacional, en el país. Desde los primeros momentos, el Ministerio concedió particular importancia a este propósito y quiso aprovechar la experiencia que sobre reuniones semejantes ha acumulado la Oficina Sanitaria Panamericana. El proyecto fue participado a esta entidad y a las facultades médicas del país, en donde encontró calurosa acogida.

A través de su Sección de Salud Pública Internacional, el Ministerio mantuvo el interés permanente necesario para la realización de la idea y fue así como, en noviembre de 1959, después de varias conversaciones exploratorias, presentó un anteproyecto a la Universidad de Los Andes —cuya Facultad de Medicina se había ofrecido como sede del seminario— y a la Oficina Sanitaria Panamericana.

Esta última envió al país, en febrero de 1960, a un distinguido educador médico colombiano, el Dr. Gabriel Velásquez Palau, cuya misión fue preparar conjuntamente con nuestras escuelas de medicina el temario de la reunión, constituído con los problemas que ellas mismas expusieron, y planear los detalles de organización y la selección de los participantes. Aunque se tuvo al comienzo el propósito de limitar el número de éstos, el entusiasmo despertado en todas partes hizo cambiar la idea.

La reunión tuvo lugar en la ciudad de Mérida, durante una semana del mes de junio, y contó con la participación de 50 representantes de las Facultades de Medicina de Caracas, Mérida, Maracaibo, Valencia y de la Universidad de Oriente, de la Federación Médica Venezolana, de dos centros estudiantiles, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y de cinco asesores extranjeros, cuatro de ellos enviados por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Las deliberaciones del seminario demostraron el elevado interés de todos sus participantes en la necesidad de una reforma de los estudios médicos en el país. Las ideas que ellos aportaron, las experiencias proporcionadas con anticipación por medio de una profusa distribución de documentos, fueron cuidadosamente estudiadas y aplicadas a la realidad nacional. Fue consenso general que el país necesita un tipo de médico sensible a los problemas epidemiológicos, sociales y demográficos de la nación y que para su formación deberán utilizarse un grado mucho mayor las fuentes de enseñanza que nuestras comunidades ofrecen, extendiendo así, hasta ellas, el proceso docente limitado, hasta hace poco, a la cátedra académica, el laboratorio y el recinto hospitalario.

Fueron también ideas comunes la necesidad de evitar la especialización temprana del médico, iniciada, muchas veces, antes de abandonar la Universidad; la responsabilidad que en esta nueva orientación del estudiante recae sobre el espíritu ductor del profesorado; y como medida de especial valor, la consagración profesional a la enseñanza médica.

No hubo desacuerdo acerca del hecho evidente de que las ciencias médicas han crecido tanto, que es ya imposible transmitirlas todas durante el período estudiantil, y de que debe ser más importante enseñar al estudiante, antes que un cúmulo de conocimientos cada vez más especializados, el firme concepto de que habrá de permanecer siempre en un continuo proceso de aprendizaje, que solo comenzó en la Universidad y de que solamente así podrá cumplir ante la sociedad las altas responsabilidades de su profesión.

Fue asimismo unánime el convencimiento de que las escuelas de medicina deben ocupar puesto más importante en el estudio y también en la solución de los problemas de salud de las comunidades, siendo deber de los servicios sanitarios nacionales ofrecerles las facilidades necesarias para estos fines y para sus propias tareas docentes.

Además de la representación que el Ministerio mantuvo en este seminario, su titular expuso en un discurso de clausura su satisfacción por este importante movimiento nacional y puntualizó los aspectos prácticos en que deseaba hacer efectiva la ayuda de la organización a

su cargo interesada vivamente en él y en el alcance de sus objetivos finales.

Decía así una parte de este discurso: "Nuestras Escuelas de Medicina tienen plena conciencia de la necesidad de una evolución en todo el proceso de formación del médico, y el Ministerio, por su parte, ha alcanzado ya la firme creencia de que el mantenimiento de un progreso constante en el mejoramiento de la salud en Venezuela, no puede lograrse sin el concurso de un médico cuya formación se haya inspirado en los principios nacidos de los cambios que ha sufrido todo el complejo proceso de prestación de servicios médicos al individuo y a la sociedad"; y al señalar la necesidad de un movimiento cooperativo a estos fines, expresaba que "frente a este cuadro pesimista del pasado, de actividades separadas, es muy satisfactorio presentar el contraste de este momento de sincero entendimiento y de gestación de cambios fundamentales en el manejo de los intereses comunes a ambas instituciones" (Escuelas de Medicina y Ministerio de Sanidad).

No ha habido tiempo aún de ver convertidos en hechos reales las recomendaciones de este Seminario. Pero sí es dable afirmar que en ellas se encuentran las bases programáticas de una efectiva reforma de nuestros estudios médicos. Una de estas bases es la reorganización de la enseñanza de la higiene y la medicina social, la cual debe proyectarse verticalmente a lo largo de todo el pénsum de estudios y extenderse horizontalmente a nivel de las otras asignaturas de cada año. Este importante cometido debe confiarse a una unidad más desarrollada que las antiguas cátedras de la materia, para lo cual se recomendó la creación de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social.

Se concede así mayor jerarquía a la asignatura y se la coloca al mismo nivel que las otras grandes agrupaciones de cátedras en que —con el nombre de Departamentos— se aconsejó organizar las escuelas. La experiencia recogida en otros países demuestra que este tipo de organización, en manos de líderes capaces y entusiastas, constituye sin duda el mejor medio para expandir la enseñanza de la higiene y de la medicina social y cumplir indirectamente una buena parte de los otros propósitos de esta reforma.

La cooperación que el Ministerio ofreció ante ese Seminario para la organización y funcionamiento de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social, se puntualizó en el ya referido discurso de su titular en los siguientes términos:

1. El Ministerio colaborará en la contratación de especialistas para asesorar a las Escuelas de Medicina, en la medida en que tales especialistas sean disponibles y en que las Escuelas estén listas para los primeros pasos en la organización;

2. El Ministerio participará en la preparación del personal nacional que deba seguir adiestramiento especializado, ya sea en nuestras propias escuelas o en escuelas del exterior;

3. El Ministerio está dispuesto a que, mediante los arreglos administrativos aconsejables, aquellos miembros de su personal calificados para ello, pasen a las Escuelas de Medicina para ser utilizados en los nuevos Departamentos;

4. El Ministerio pondrá también a disposición de las Escuelas de Medicina los servicios de los centros sanitarios locales que deban utilizarse para el adiestramiento del estudiante de medicina; y, finalmente,

5. El Ministerio promoverá o apoyará toda solicitud de ayuda técnica que sea necesaria de parte de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana para estos mismos propósitos".

Ha encontrado el Ministerio, en la creación y fortalecimiento de estos nuevos departamentos, una excelente oportunidad para conjugar sus esfuerzos con las

escuelas médicas. Sus numerosos servicios locales de medicina preventiva y curativa y algunos miembros de su personal, habrán de ser utilizados a estos fines y ya en esta dirección se han dado algunos pasos concretos. Dada su propia importancia y la falta de experiencia nacional, se ha creído necesario contar con los servicios de asesores extranjeros para los primeros pasos organizativos y preparar con becas viajeras al exterior a aquellas personas que ocuparían después funciones en los Departamentos. La Sección de Salud Pública Internacional estableció contacto con más de cinco posibles candidatos del exterior, y estas diligencias continúan, y se preparan planes para el envío de funcionarios del Ministerio, o de las propias escuelas, a visitar Departamentos de ese tipo de Facultades médicas ampliamente reconocidas en países latinoamericanos. El Ministerio de Sanidad y la Oficina Sanitaria Panamericana colaborarán en el financiamiento de estos gastos.

También concedió importancia el Seminario a las relaciones de las escuelas médicas con los hospitales docentes del Ministerio. Se estudiaron las condiciones en que debe desenvolverse la doble función del médico que es a la vez profesor universitario y miembro del cuerpo médico del hospital. Estas importantes cuestiones movieron al Ministerio a preparar un convenio básico con las Universidades, destinado a regular las relaciones entre ambos organismos y facilitar el desarrollo de estos propósitos comunes.

El convenio define la posición del personal docente-asistencial, sus deberes ante la escuela de medicina y el propio hospital y el financiamiento de su remuneración; establece las bases para el empleo de personal del Ministerio, a tiempo integral, por las Escuelas de Medicina Preventiva y Social, y para el uso de los otros servicios sanitarios que éstos deben utilizar en las demostraciones y estudios relacionados con la comunidad.

Este convenio fue enviado a las Universidades de Los Andes, Zulia y Carabobo y ya fue aceptado y firmado sin objeciones por las dos primeras. La flexibilidad que se le ha dado permitirá sin duda la ejecución armónica de estos nuevos programas y se tiene la esperanza de que este instrumento cooperativo, con adiciones sucesivas que no alteran sus normas fundamentales, habrá de producir los beneficios para los cuales fue preparado.

Lo dicho hasta ahora se refiere a la enseñanza médica de pregrado y a la reforma que en ella se persigue. Materia tan importante no puede ser, desde luego, objeto de cambios radicales a corto plazo. Sin embargo, todo hace presumir que se ha buscado y hallado un buen camino en esa dirección y que mediante el trabajo conjunto, las discusiones constantes a nivel de seminarios, grupos de trabajo y otras reuniones para considerar cuestiones específicas, se habrán de consolidar los progresos logrados, despejar la vía para otros nuevos y mantener dispuesto el espíritu para la cooperación y el mutuo entendimiento.

En cuanto a la enseñanza de postgrado y a la formación de los especialistas que requiere el país, en el capítulo de esta Memoria que trata de la Escuela de Salud Pública se hace una exposición pertinente sobre esas materias.

Doctor OSCAR GOYCOECHEA

Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

En oportunidad de realizar esta primera Conferencia General de Educación Médica, convocada por la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina, se comprueba:

1º Que las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina de algunos países Latinoamericanos han alcanzado amplio desarrollo y que como resultado del esfuerzo cooperativo, eficaz, continuado y progresivo de los dirigentes de las Escuelas Médicas, han mejorado críticamente tanto las estructuras docentes y de investigación aplicadas a los estudios de la comunidad, como el standard cualitativo de los profesionales, con fuerte motivación social, formados para atender adecuadamente la salud de la comunidad.

Las demandas de mejor salud producidas por los cambios acelerados, económicos, sociales y culturales del presente han encontrado como respuesta de las Escuelas Médicas, la producción de herramientas de calidad y de primerísima utilidad para el desarrollo de la comunidad. Esas realidades han producido en Colombia y en otros países directo impacto dentro y fuera de la nación, traducido en ayudas económicas y en otras colaboraciones que se han reflejado positivamente y que han posibilitado la evolución de las Escuelas Médicas, de las Asociaciones Nacionales, que las nuclean, como también la tarea realizada.

2º Que cumplida esta etapa de su reestructuración y desarrollo, las Asociaciones Nacionales de estos países se plantean hoy nuevos objetivos y nuevos programas de acción, tendientes a superar metas, tanto en la Educación Médica como en otras contribuciones beneficiosas para la comunidad, tales como:

a) Necesaria integración, en una estructura común, de las Escuelas, Facultades, e Institutos Universitarios o nó, dedicados a la producción de profesionales para-médicos (Facultades de Ciencias de la Salud) con ahorro de recursos económicos, docentes, etc. y mejoramiento administrativo.

b) Participación en la investigación de los recursos humanos e institucionales existentes, de sus niveles actuales y de los necesarios para el planeamiento nacional de la salud, colaborando con otros organismos universitarios, gubernamentales (Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación) e instituciones asistenciales y de bienestar de la comunidad, para lo que han recibido apoyo de los organismos internacionales o privados interesados en la promoción de estas tareas (OPS, Milbank Memorial Foundation, Kellog, Rockefeller, etc).

c) Que la Federación Panamericana de Facultades de Medicina en estrecha vinculación con la OPS, como medio para resolver la escasez de personal calificado en docencia e investigación, tanto para las escuelas o facultades existentes, como las que se creen en un futuro próximo, está promoviendo la organización de un "Mercado Común Latinoamericano de Ciencias de la Salud" en plano internacional, aprovechando de la existencia en nuestros países de Centros de Adiestramiento, que por haber alcanzado los niveles críticos de personal full-time, de laboratorios equipados, dotación bibliográfica y recursos suficientes para su manutención y desarrollo, están conformados a los patrones establecidos en la IV CONFERENCIA DE FACULTADES DE MEDICINA (1964). Esta empresa:

1. Estimulará el desarrollo de estos Centros y de las demás estructuras de la entidad patrocinante.

2. Posibilitará canalizar los escasos recursos dedicados al perfeccionamiento de científicos para el mejoramiento de aquel personal muy altamente calificado y seleccionado, que por necesitar mayores niveles, debe ser becado en el exterior.

3. Enriquecerá las posibilidades nacionales e internacionales mediante el afianzamiento y desarrollo de nuevos laboratorios, de alto nivel docente y de investigación, previniendo la emigración definitiva de inteligencias tan necesarias como escasas en los países en desarrollo y favoreciendo el intercambio con jóvenes científicos de países ubicados más allá de los límites de Latinoamércia.

La presentación de este panorama ha obedecido a la necesidad de:

a) Poner de relieve el efecto positivo, catalizador, estimulante de las Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina, organizadas y desarrolladas sobre la estructuración y las actividades específicas de las Facultades miembros.

b) Que de estas influencias han quedado naturalmente privadas o restringidas, Escuelas Médicas Latinoamericanas miembros de la Federación Panamericana de Facultades de Medicina.

Esta situación obedece a factores diversos:

1. Hay países que cuentan con una única Escuela Médica, por ejemplo, las naciones Centroamericanas con similitud de tradición, idioma, niveles culturales, socio-económicos, etc.

2. Existen otros países con varias escuelas de Medicina como las del Cono Sur que tampoco han desarrollado, afianzado ni logrado pertenencia de sus Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina. Mientras que la Chilena ha alcanzado lozana madurez y relevancia, la Argentina no ha superado la etapa organizativa y la Escuela Médica de Montevideo, única del Uruguay, como la de Asunción (Paraguay), no han solicitado aún su afiliación a la Asociación Panamericana de Facultades de Medicina.

Como recurso para solucionar esas situaciones nos permitimos sugerir:

a) Que naciones como las de Centro-América o de la Zona del Caribe, que cuenta con una sola Escuela Médica, realicen los estudios adecuados para agruparse solidariamente en ASOCIACIONES REGIONALES de Facultades (Escuelas) de Medicina.

b) Que en países con dos o tres Escuelas médicas, donde existan Asociaciones Nacionales de más avanzado desarrollo, como medio para que siendo estimuladas, alcancen efectividad y para que sus Escuelas Médicas miembros sean promovidas e incentivadas en su mejoramiento.

Doctor FELIX NAQUIRA VILDOSO

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa - PERU.

Las Asociaciones Nacionales de Facultades (Escuelas) de Medicina, son organismos educacionales y científicos y por reunión los recursos humanos y técnicos de alto nivel y los recursos institucionales más calificados de un país,

deben desempeñar un importante papel en el progreso de la Educación Médica y de los programas de salud.

En la última década, la Educación Médica en América Latina ha experimentado cambios notables acordes con los progresos de la ciencia y de la tecnología, para satisfacer la creciente demanda de salud, resultante de la explosión demográfica que ha creado un grave problema social, económico, cultural y político en nuestros pueblos.

Esta realidad ha obligado a los gobernantes y a los educadores, en particular a los educadores médicos, a revisar la doctrina y la filosofía de la enseñanza médica y la orientación de la misma, a remover los conceptos tradicionales para ser reemplazados por una nueva doctrina, por un cambio en su orientación en concordancia con los programas de desarrollo social, económico y cultural, con los planes educacionales y de salud de nuestros países; cambio indispensable e impostergable para resolver los problemas sociales de nuestra época.

Los educadores médicos han coincidido en la necesidad de reunir a las Escuelas médicas de cada nación en un organismo Nacional, ya recogiendo las recomendaciones de reuniones de Educación Médica Nacional o Internacional o por convicción propia, expresión de su madurez. De esta manera, en la evolución histórica de la Educación Médica de América Latina han nacido las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina, que están cumpliendo un papel trascendental no solamente en el campo de la Educación Médica y de la Medicina de cada país, sino también en todo lo relacionado con los programas de salud.

La existencia de objetivos y propósitos generales comunes en las Escuelas Médicas para formar el Médico General, que necesitan nuestros países, ha facilitado la misión de unificar los propósitos, objetivos y metas de la Educación Médica a nivel nacional, mediante las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina. De esta manera se está logrando que las Escuelas de un país desarrollen sus programas docentes y orienten la enseñanza médica de acuerdo a las necesidades y prioridades de sus comunidades, evitando la tendencia a copiar patrones y objetivos docentes de países más desarrollados que los nuestros, ignorando los que requiere la realidad de cada nación con niveles de vida, condición social y cultural característicos de nuestros países en desarrollo.

A través de las Asociaciones Nacionales será posible conocer el potencial de los recursos humanos, técnicos, económicos, equipos de enseñanza e institucionales con que cuenta cada país para la formación del médico y de los profesionales para-médicos indispensables para enfrentarse a los programas de salud.

Objetivos Generales.

El campo de acción de las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina, como promotoras del progreso de la Educación Médica y de los planes de salud de nuestros pueblos, tendrán características particulares para cada país determinadas por las prioridades que establezcan sus propios programas de desarrollo. Sin embargo y en líneas generales, señalaremos los objetivos que a nuestra manera de pensar constituyen aspectos de gran importancia y que deben ser tratados con preferencia, teniendo en cuenta que en la América Latina algunos países recientemente han organizado sus Asociaciones Nacionales.

Las siguientes líneas de acción deberían tenerse en cuenta:

—Procurar que la enseñanza médica sea realizada por personal docente de alto nivel, en cantidad adecuada que garantice la buena formación del médico.

—Revisar periódicamente los curricula y programas de estudios de las Escuelas Médicas para reorientarlos, de acuerdo a las necesidades del país y en concordancia con los progresos de la ciencia médica, la tecnología y los planes de salud.

—Contribuir al progreso del nivel científico de la medicina nacional y cooperar en la formación de especialistas docentes e investigadores que requiera cada país y la enseñanza médica.

—Colaborar con el Estado y los Organismos de Salud Pública en el estudio y planificación de los programas de salud.

—Promover el intercambio de docentes y estudiantes, tanto en el campo nacional como internacional.

—Vincularse con otras Asociaciones Nacionales y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, la OMS/OPS y otros organismos internacionales que contemplen en sus programas la asistencia técnica, la ayuda económica o deseen cooperar en este sentido a los planes educacionales y científicos indispensables para el desarrollo social.

—Realizar periódicamente reuniones de Educación Médica para analizar y discutir los problemas de la enseñanza médica en relación a los curricula, docencia, investigación y reorientación de la misma, en íntima coordinación con los planes de salud de cada país.

—Establecer los requisitos mínimos para la creación de nuevas Escuelas de Medicina y vigilar para que las Facultades en actual funcionamiento reúnan estos requisitos.

—Evaluar periódicamente el rendimiento de la enseñanza en las Facultades de Medicina, mediante encuestas de los egresados para detectar si la Escuela ha logrado formar el médico básico general que necesitan nuestros países.

—Estudiar los recursos humanos para la salud y la Educación Médica, necesarios para atender las demandas de salud de la comunidad y de docentes para las Escuelas Médicas.

—Organizar los programas de Educación Graduada y coordinarlos si es que existen, ya sea para actualizar los conocimientos, el perfeccionamiento y la formación de especialistas en función de las necesidades de cada nación.

La Planeación de Nuevas Escuelas Médicas.

Actualmente en América Latina estamos enfrentados al crecimiento y nacimiento de Universidades y consecuentemente de Facultades de Medicina y, hay que reconocerlo, en muchos países sin seguir un planeamiento previo de la Educación General acorde con los planes de desarrollo social. Es justamente en el campo de la Educación Médica y por ende en la planeación de nuevas Escuelas de Medicina, donde las Asociaciones Nacionales deben participar activamente.

Básicamente es indispensable que las Asociaciones Nacionales ante un proyecto de creación de nuevas Escuelas, deben tener en cuenta una serie de factores relacionados con los planes de Desarrollo Social, Económico y Cultural, los programas educacionales, particularmente de nivel superior y finalmente los planes de salud de cada país. Deben comprenderse los problemas de una nación como un todo y a la Educación Médica como un aspecto del plan general de desarrollo. Cada Asociación estudiará la creación dentro de estos lineamientos.

Sostenemos que las Asociaciones deben establecer los requisitos mínimos para crear una nueva Escuela. Felizmente estos requisitos han sido estudiados y discutidos en reuniones nacionales de Educación Médica de diversos países y en la Cuarta Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina, en Poços do Caldas, Brasil en 1964. En esta Conferencia los participantes seña-

laron la responsabilidad de las Asociaciones Nacionales y de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, en la creación de nuevas Escuelas, asesorándose con Organizaciones Internacionales como la OMS/OPS en cuyos programas se considera a la Educación Médica.

En Relación a los Planes de Desarrollo Económico y Social.

Considerando que la creación de una Escuela Médica no puede juzgársele como un hecho circunstancial, sino como una necesidad de íntima relación con los problemas sociales, económicos, culturales y políticos que viven nuestros pueblos, para aumentar el número de médicos y satisfacer las crecientes demandas de salud. En la planeación de la nueva Escuela se tendrá muy en cuenta los progresos constantes de la ciencia y de la tecnología, las experiencias de las escuelas existentes y las necesidades de salud.

Es fundamental recalcar que la salud guarda una estrecha interdependencia con el desarrollo económico, ya que el crecimiento demográfico ha llevado a nuestros pueblos a la miseria, desnutrición y enfermedad. Por tanto, los programas de salud deben tener prioridad. y así sucede en América Latina dentro de los programas de desarrollo cuyo objetivo final es alcanzar el "bienestar físico, mental y social".

Por las razones anotadas, la creación de toda Escuela Médica debe formar parte de los programas de desarrollo económico y social de nuestros países.

Estos planteamientos nos permiten entender claramente que la Educación Médica tiene un papel de primordial importancia en el proceso de desarrollo.

En Relación al Planeamiento de la Salud

Es necesario destacar que la creación de la nueva Escuela debe estar íntimamente relacionada a los programas generales de salud, formando parte del programa general de salud de su país.

Se debe desterrar definitivamente de nuestros pueblos el tradicional divorcio que ha existido entre las Facultades de Medicina y los Ministerios de Salud Pública e Instituciones Para-Estatales, Privadas y los Programas de Salud.

Tanto los educadores médicos como las autoridades de salud están de acuerdo en señalar que, entre programas de salud y Educación Médica hay objetivos comunes y que el éxito de los planes de salud depende primordialmente de la calidad de médicos que se forman en las Escuelas y del conocimiento que adquieren de su realidad. Esto implica necesariamente un acercamiento mutuo entre las Escuelas y los Organismos de Salud.

En Relación al Planeamiento de la Educación.

En nuestros países debe estar orientado a satisfacer las prioridades que señalen la programática del desarrollo económico y social. La Educación Superior Universitaria, debe estar íntimamente vinculada a las necesidades que el país le plantea para su desarrollo. Los planes y programas educacionales en los diferentes campos y especialidades en todos los niveles, deben tener como objetivos las necesidades más premiosas. Este cambio de criterio y de orientación de la enseñanza universitaria es urgente e indispensable para el progreso de nuestros pueblos.

Dentro de este concepto, la Educación Médica y la creación de nuevas Escuelas de Medicina, deben formar parte de los planes generales de la Educación Universitaria de un país. Con igual criterio se puede establecer, que los planes y programas de enseñanza de las Facultades de Medicina deben ser revisados, actualizados y reorientados periódicamente de acuerdo a las exigencias y necesidades cambiantes de nuestros pueblos.

Tradicionalmente nuestras Universidades dentro de los conceptos clásicos de autonomía universitaria, han desarrollado sus programas docentes y de investigación completamente ajenas a la realidad de nuestros países y con esta concepción se han formado profesionales con el más absoluto desconocimiento de la realidad. Dichos egresados al entrar en contacto con el ambiente, han experimentado la amarga sensación de frustración ante la complejidad de problemas que han encontrado en el ejercicio profesional, para el que no han estado preparados.

Existe conciencia de que el desarrollo de los planes de salud no pueden ser resueltos solamente por el médico. Necesariamente su labor debe estar integrada por otros profesionales y técnicos, tales son el numeroso grupo de profesionales para-médicos. Solamente con el concurso de otros especialistas, trabajando en un equipo de salud integrado y coordinando sus acciones podrán resolverse los problemas de salud.

Corresponde a las Universidades e Institutos Superiores atender a estas demandas, de preparar los profesionales para la salud y otras especialidades, formarlos y orientarlos adecuadamente, de tal manera que puedan integrarse en el equipo de salud imbuídos de la misma doctrina e inquietud social, para lograr el bienestar de nuestros habitantes.

Al plantearse la necesidad de crear nuevas Escuelas de Medicina de acuerdo a los requisitos mínimos que señalen las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina, es indispensable la participación conjunta del Gobierno, de las Universidades, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Educación, de las Instituciones de seguridad social, de las entidades privadas y en general de las Organizaciones de la colectividad, Instituciones todas con plena conciencia de su necesidad, convencidas de los beneficios de esta Escuela, en el país o región geográfica donde debe funcionar, como un factor importante de la promoción de la salud y del desarrollo social y económico.

En Relación a la Necesidad de una Legislación Especial.

Para que las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina en cada país, puedan desarrollar sus programas y particularmente en relación con la creación de nuevas Escuelas de Medicina, reconociendo que en nuestros países existe una tendencia a crear indiscriminadamente Universidades, Facultades, Escuelas e Instituciones de nivel superior en forma anárquica, sin tener en cuenta las necesidades del país, sin considerar los programas de desarrollo económico y social, los planes de salud y la planeación educacional, es recomendable que en la legislación de nuestros países, en relación a la creación de nuevas Escuelas Médicas, cada gobierno en su política educacional, delegue oficialmente en las Asociaciones Nacionales el establecimiento de los requisitos mínimos para crear una nueva Facultad de Medicina, sin lo cual los Ministerios de Educación o autoridad Gubernamental a quien corresponda la aprobación respectiva, rechace los proyectos de nuevas creaciones.

Es muy importante que tomemos como referencia los progresos obtenidos por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, que cuenta con el reconocimiento y autorización legal del gobierno de su país, para establecer los requisitos mínimos que permitan la creación de una nueva Facultad de Medicina planeada cuidadosamente, recogiendo experiencias de las Facultades en funcionamiento, conjugando los esfuerzos y recursos del gobierno, de las fuerzas de producción y de la comunidad.

Reconocemos que esta es la prueba más elocuente de que en nuestros pai-

ses de escasos recursos económicos, humanos, técnicos y materiales, en la creación de una nueva Escuela, deben contribuir los esfuerzos del Gobierno, del sector privado y de la comunidad en general para satisfacer las demandas de salud de una región.

Centros Médicos Universitarios.

Expresamos anteriormente que la creciente demanda de salud de nuestras comunidades, que presentan modesta condición social, bajo nivel económico y cultural, alto porcentaje de analfabetismo, condiciones de sub-alimentación y altos índices de morbilidad y mortalidad, no puede ser resuelto solamente por el médico, siendo indispensable el concurso de otros profesionales que deben integrarse constituyendo el equipo de salud. Solo en estas condiciones será posible ofrecer los beneficios de una medicina integral en sus aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, actuando eficientemente en la organización y desarrollo social de nuestras comunidades.

La urgente necesidad de formar los profesionales de la salud, tales como: médicos, enfermeras, odontólogos, epidemiólogos, administradores de Salud, estadígrafos, psicólogos, nutricionistas y otros; personal técnico de mando intermedio y el gran grupo de auxiliares, nos llevan a plantear un cambio en la estructura clásica de nuestras Universidades. Tradicionalmente cada uno de estos profesionales se formaba en Facultades o Escuelas Autónomas en las que existe una carencia crónica de personal docente calificado, que se agrava aún más por que dichas Facultades y Escuelas se multiplican en forma alarmante, carentes de recursos económicos indispensables para su sostenimiento y con mayor razón para atender su crecimiento natural y progresivo; consecuentemente la ausencia notoria de medios materiales, de equipos, bibliotecas y facilidades de planta física. En estas condiciones completamente adversas se forman los profesionales, con criterios y métodos pedagógicos anacrónicos y desconocimiento de nuestras realidades, como recalcamos anteriormente. Muchas de nuestras Universidades viven a espaldas de la realidad y no cumplen su misión social de ser las promotoras del progreso.

Ante este panorama es recomendable que la preparación de los profesionales de la salud sea realizada en un "Centro Médico", entendiéndose por tal al conjunto de Institutos de Ciencias Básicas, constituídos por departamentos de disciplinas afines que sirvan a diferentes Facultades en cada Universidad, Hospital, Areas de Salud, etc.

El "Centro Médico" deberá cumplir funciones docentes, de atención médica integral y de investigación. Este último aspecto estará dirigido al conocimiento de nuestros problemas.

La organización de los Centros Médicos representa la concentración de los recursos humanos, pedagógicos, técnicos, materiales y económicos, puestos al servicio de los programas de salud del país para formar a todos los profesionales que dichos programas necesitan. Dentro de esta concepción se garantizará, la formación integral de los profesionales de salud.

Este aspecto de la educación para la salud y los programas de desarrollo en cada país, puede y debe ser orientado por las Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina.

Doctor MIGUEL R. BARRIOS

Secretario Ejecutivo, Asociación Mexicana de Facultades de Medicina.

Es principio fundamental para estructurar la organización de cualquier Institución fijar:

1º Los objetivos mediatos e inmediatos que se desean obtener, marcar rumbos a seguir y metas a lograr contemplando a la Educación Médica no como problema aislado de una Escuela en particular sino como un problema educativo de las múltiples Escuelas que se asocian para orientar y superar la Educación Médica en función de las necesidades de salud del país o región de que se trate. Ello implica que las Escuelas Asociadas acepten la doctrina que se señale para la Educación Médica en un país determinado.

2º El estudio cuidadoso de los objetivos, en función de las posibilidades reales que existan en cada país; para lograrse los objetivos quedan sujetos a principios generales para darles prioridad en su ejecución a uno u otro según:

a) El rendimiento o utilidad que se va a obtener al lograr el objetivo propuesto, la solución parcial, total, permanente o transitoria del problema.

b) El costo que origina la ejecución del objetivo y sus ventajas frente al problema que se trate de solucionar.

c) Las posibilidades técnicas y científicas o conocimientos existentes para lograr el objetivo.

d) La actitud de apoyo, resistencia o rechazo del grupo de personas a quienes se aplicarán las actividades para lograr que el objetivo sea aceptado por voluntad o leyes y/o reglamentos.

3º Aceptado que las Escuelas de Medicina al asociarse abrazan la doctrina y filosofía general de Educación Médica, marcados los objetivos de las Asociaciones, sus prioridades según principios generales, recursos disponibles y el período de tiempo para realizarlos, la organización de las Asociaciones de Escuelas de Medicina deberá hacerse conforme a objetivos que en forma general se señalan:

Objetivos de las Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina.

a) Mediatos: Planear la Educación Médica del país en función de las necesidades de salud de la población, de los derechos humanos y de la evolución del país considerando a la Educación Médica y al ejercicio profesional del Médico como factores de progreso y bienestar del individuo, de la familia y de la comunidad.

b) Inmediatos: Estudiar y evaluar la situación actual de la Enseñanza Médica del país con fines de planeación integral. Mantener un mecanismo de recolección de datos que permitirá registrar, analizar, observar y seguir los cambios registrados en cada Escuela. Crear mecanismos de supervisión que permitirán seguir el funcionamiento de cada Escuela, en particular y en el país entero.

1) Mantener la unidad y relaciones estrechas entre las Escuelas Médicas del país, asesorar a las Autoridades Universitarias en problemas de enseñanza médica y a las propias Escuelas Asociadas.

2) De acuerdo con la organización política y modalidades de cada país constituírse en organismo normativo de las condiciones y requisitos básicos que deben tener las Escuelas de Medicina tanto de nueva creación como las ya existentes.

3) Promover ante los Gobiernos de cada país la legislación respectiva de la Educación Médica y la formación de un Consejo Nacional de Educación Superior.

4) Pugnar porque las Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina sean

un instrumento de enlace entre Escuelas de Medicina e instituciones nacionales o extranjeras interesadas en la Educación Médica.

5) Proveer facilidades para la preparación de administradores de la docencia médica, de Profesores y Personal Técnico Auxiliar y para el uso efectivo de métodos y medios modernos de comunicación de la Enseñanza de la Medicina.

6) Ser vehículo o intermediario para intercambio de:

a) Personal Docente, b) Material de Enseñanza, c) Material Bibliográfico, especialmente a nivel nacional.

7) Estimular la producción de libros de texto y posteriormente patrocinar su edición tratando de eliminar intermediarios.

8) Realizar programas de Investigación Pedagógica en Escuelas de Medicina en diversos aspectos de la Enseñanza de la Medicina, desde selección y admisión de alumnos, sistemas de enseñanza y evaluación del aprendizaje y enseñanza, etc.

9) Investigar los problemas o asuntos estudiantiles en el país o en áreas determinadas del mismo país.

10) Promover el mejoramiento de las bibliotecas, buscar autores, seleccionar textos, fomentar la impresión y distribución del material educativo.

11) Fomentar, mantener e incrementar las relaciones con instituciones nacionales gubernamentales, descentralizadas o privadas o instituciones extranjeras que demuestren verdadero interés por la Educación Médica con fines de intercambio de experiencias y profesorado y para adiestramiento de personal, etc.

4º Al estructurarse las Asociaciones Nacionales deberán observarse los principios fundamentales de toda organización; quizá la forma escalonada resulta la más conveniente, permite líneas de autoridad de arriba hacia abajo a través de diversos niveles y permite una corriente informativa de abajo hacia arriba.

1) Unidad Directiva o de mando: Consejo Directivo.

2) División del trabajo. Los Departamentos o Secciones con funciones específicas bajo la responsabilidad de un solo Jefe, permitirá mejor control de Departamentos o Divisiones sean técnicas o administrativas.

3) Creación de Servicios Auxiliares generales (Estadística, Archivo, Administración, Biblioteca sobre educación médica, etc.), que faciliten la labor directiva y la de cada Departamento o Sección de la Asociación, sin que estos Servicios interfieran en las líneas de autoridad y en la responsabilidad en el proceso escalonado.

La Unidad Directiva.

En general las Escuelas de Medicina de un país dependen de Universidades o de Organismos Gubernamentales que marcan la política o pautas generales de la Educación Superior (En este caso Educación Médica del País).

Por lo tanto las Escuelas Asociadas se normarán en general por las pautas emanadas de estos órganos jerárquicamente superiores. La Asociación Nacional de Escuelas de Medicina quedará sujeta a estas pautas generales, sin perjuicio de que la reglamentación y aspectos especificos de la Educación Médica sean del resorte de las Asociaciones cuya política, objetivo y funciones serán señaladas por el conjunto de Escuelas Asociadas, dependiendo ello de cuál sea la línea de mando o la delegación de funciones que les den a este respecto, sea las propias Universidades o los Organismos Estatales o Consejos de Educación Superior, como en el caso de algunos países cuya estructura política ha permitido que se les delegue un papel directivo en Educación Médica y se les reconozca como tales.

En otros casos, las Asociaciones no tienen un carácter oficial y figurarán como organismo asesor. De cualquier forma, la tendencia de las Asociaciones será a que las autoridades superiores les confieran carácter Directivo-Ejecutivo en Educación Médica o que por lo menos se les reconozca como organismo nacional único, asesor obligado en materia de Educación Médica.

La diferente organización política o de administración pública de un país, permitirá:

1) Que la Asamblea General de las Asociaciones Nacionales y el Comité Directivo de esas Asociaciones Nacionales sean los que marquen las pautas de Educación Médica en un país que obligatoriamente serán observadas en el caso de que obtengan delegación oficial de esta labor.

2) Que las Asociaciones presenten sus puntos de vista a los organismos superiores en caso de ser consideradas solamente como organismos asesores o consultores.

En un mismo país existen Escuelas de Medicina que dependen de:

—Gobierno Federal y/o Gobiernos Estatales

—Universidades Autónomas

—Universidades Privadas.

Por ello la Asociación Nacional permitirá expresar la filosofía, objetivos, etc., de la Educación Médica del país como representativa de Escuelas de distintas fuentes de sostenimiento ya que se estima que la Educación Médica de un país, su doctrina y objetivos serán únicos en función solamente del bienestar y la salud de la colectividad, teniendo entendido que ello será posible siempre y cuando la organización mantenedora no marque una filosofía y doctrina de Enseñanza Médica sujeta a criterios políticos o sectaristas.

Será el Comité Directivo el órgano fundamental de la Asociación y el ejecutor de sus acuerdos el Secretario o Director Ejecutivo. Es conveniente mencionar que se considere la posibilidad de que a través del Comité Directivo, diversas organizaciones y grupos prominentes de la comunidad (Consejo Asesor) puedan expresar sus necesidades e intereses en la relación con la formación médica, sin tener autoridad pero con con función de orientación comunal y de lograr el decidido apoyo para la función Educativa Médica. Hasta hoy, en América Latina, creo no se ha encauzado debidamente a estos grupos.

Se delegarán diversas funciones en Comités de Trabajo, integrados por Directores o Profesores de Escuelas Asociadas, utilizándose también para ello las Asociaciones Nacionales de Profesores de diversas disciplinas médicas.

Una organización interna piramidal (Cuadro 1) permitirá utilizar al máximo las capacidades de cada miembro de las Escuelas Médicas Asociadas permitiendo la participación activa de sus miembros que, adecuadamente dirigidos por una unidad de mando dará óptimos frutos. Todos los miembros de la Asociación a diversos niveles deberán estar empapados de la doctrina de la Educación Médica del país.

La Asociación representará en último término la expresión de los esfuerzos individuales de Profesores, de las Asociaciones de los mismos y de las Escuelas Asociadas, todo ello para realizar funciones de investigación preliminar del problema educativo médico nacional y planeación de la Educación Médica integral de un país.

En países latinos es frecuente que muchos organismos docentes o no docentes (Academias, Asociaciones, o Agrupaciones de Especialistas con diversas denominaciones, etc) pretendan señalar las pautas educativas médicas o solamente contemplando en forma parcial el proble-

ma educativo. El reto a las Asociaciones Nacionales será reunir y coordinar esfuerzos aislados muy meritorios, a veces, pero también frecuentemente mal orientados e improductivos. Por ello la buena organización y el señalar pautas generales administrativas en las Asociaciones Nacionales es fundamental.

Un esquema de organización anatómica que marque división del trabajo y funciones específicas, impedirá que se produzca en las Asociaciones Nacionales desorganización, duplicidad de mando, duplicación de funciones, etc. (Cuadro Nº 2).

5º Esquema de Organización.

1) En los países latinos y aún en un mismo país la diversidad de instituciones de las que dependen las Escuelas de Medicina lleva implícita la existencia de un organismo jerárquicamente superior a ellas, de tal suerte que unas dependen de Universidades Autónomas o Privadas otras de Organismos Gubernamentales (Estatales, Departamentales, Federales, Ministerios de Educación, etc.); por lo tanto la doctrina, la política y los objetivos de la Educación Médica podrán diferir en cuanto al concepto que cada organismo superior tenga de dicha formación, sea para satisfacer las necesidades institucionales propias o como elemento básico y necesario para el progreso del país.

2) Esta situación justifica y obliga la creación de una Asociación Nacional de Escuelas Médicas que oriente y encauce a estos diversos organismos superiores en su acción educativa, además de unificar a las diversas Escuelas de Medicina de un país sea cual fuere su dependencia.

Las Asociaciones Nacionales, de acuerdo con la organización de la administración pública y de la organización política de un país, podrán ser organismos oficiales a los que se considere dentro de la misma administración pública u organismos privados, asociaciones civiles, etc., pero cualquiera que sea su categoría deberán siempre ser organismos altamente diferenciados y capaces de dar asesoría a Universidades, a organismos gubernamentales o privados en materia de Educación Médica en su país.

Las Asociaciones Nacionales se considerarán como órgano central para promover y coordinar la planeación, ejecución, supervisión y evaluación de la Enseñanza Médica de un país, sobre todo cuando existan Ministerios u organismos que en forma directa o indirecta intervienen en Educación Médica (Ministerio de Salud, Educación, Seguridad Social). A través de ella y oyendo la opinión de estos organismos, las Asociaciones podrán marcar un ejemplo, los requerimientos mínimos de Enseñanza Médica de acuerdo con las necesidades de un país.

3-4 Una meta fundamental de las Asociaciones Nacionales es integrar sus relaciones con todos esos organismos gubernamentales o privados de su país a fin de obtener recursos nacionales de diversas fuentes para la mejor docencia médica.

Será a través de las Asociaciones Nacionales como los organismos extranjeros interesados en la docencia médica puedan estudiar y conocer mejor la realidad para planear proyectos de asistencia técnica o económica.

Es por lo tanto urgente la mejor estructuración de las Asociaciones Nacionales que indudablemente se reflejará en la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales, haciendo más fructíferas sus funciones.

5- El Comité Directivo de las Asociaciones, órgano de gobierno, estará integrado en forma tal que permita la continuidad de los programas, de la acción y de sus funciones para que no exista predominio o exclusividad de mando en algunos o alguno de sus miembros; es común ver en nuestros países cómo una sola persona miembro de un cuerpo directivo se abroga toda la responsabilidad, todas las decisiones o por el contrario las delega en su totalidad.

El Comité es tema de trabajo y por ello el fruto de su pensamiento colectivo, de personas seleccionadas, es más efectivo. La ejecución de los acuerdos quedarán bajo la responsabilidad del Secretario Ejecutivo, con la consiguiente delegación de atribuciones y derechos.

6-7-8-9. El Comité Directivo, estudiando, planeando y tratando de resolver los problemas echará mano de su consejo Asesor y Técnico y de diversas Asociaciones médicas nacionales o extranjeras o de organismos no médicos, para ilustrar su criterio y normas de acción, sin riesgo de tener que sujetarse forzosamente a las opiniones de estos organismos consultivos. Al Comité Directivo se le confía toda la responsabilidad de lograr los objetivos de una Asociación Nacional que después de estudiarlos y marcadas sus prioridades recibirán la atención del propio Comité o de los equipos de trabajo que específicamente nombre. Será el Comité Directivo el que fomente, guarde e incremente las relaciones de la Asociación con una serie de instituciones médicas y no médicas de un país, pues sabiendo fomentarlas y encauzarlas adecuadamente se podrán obtener de ellas en un futuro fuentes para mejorar la Educación Médica.

Si una Asociación Nacional se presenta ante Autoridades e Instituciones de un país, con una buena organización institucional, será perdurable y responsable, habrá más oportunidades de que se escuchen y entiendan los problemas Médico Educativos de un país.

10-11. Delegará funciones y actividades específicas, técnicas y administrativas en organismos creados dentro de la propia Asociación; para ello podrá tomar los recursos humanos que siempre existen en mayor o menor cuantía en las Asociaciones de Profesores de las Escuelas Asociadas.

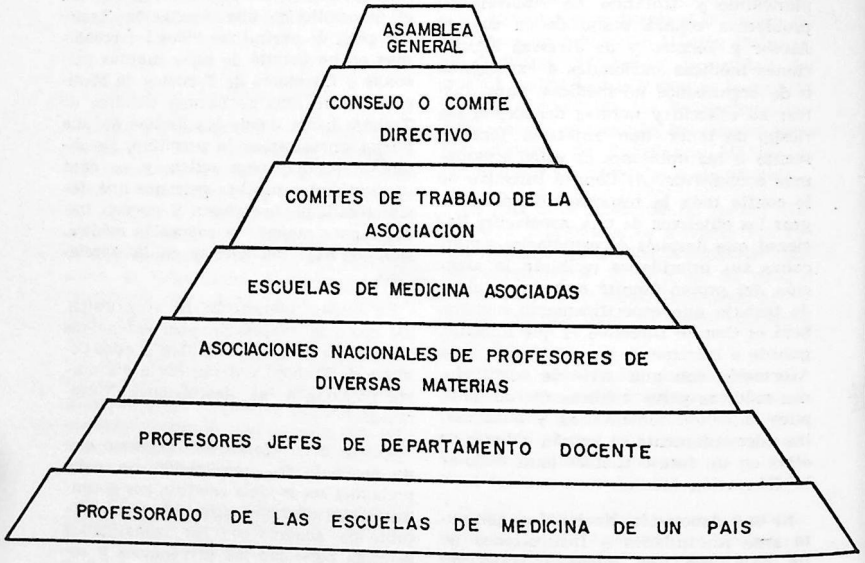
Quizá uno de los factores que impiden el desarrollo de una Asociación Nacional es el de centralizar todos los problemas en un Comité de unas cuantas personas o Directores de Escuelas de Medicina. Entre más se formen Comités de Trabajo hasta donde los límites de una buena organización lo permitan, se obtendrá participación activa y se dará oportunidad a muchas personas que desinteresadamente quieren y pueden trabajar para mejorar la educación médica, siempre bajo las normas de la Asociación.

La buena planeación, la supervisión, así como la evaluación bien entendidas permitirán mayor efectividad a estos Comités de Trabajo y darán día a día mayor potencia a las Asociaciones Nacionales.

Quiero dejar claramente expuesto que un bosquejo de organización no debe pretender ser modelo estático, por el contrario será siempre perfectible y modificable de acuerdo con las modalidades de cada país, con las necesidades y recursos del mismo.

CUADRO 1

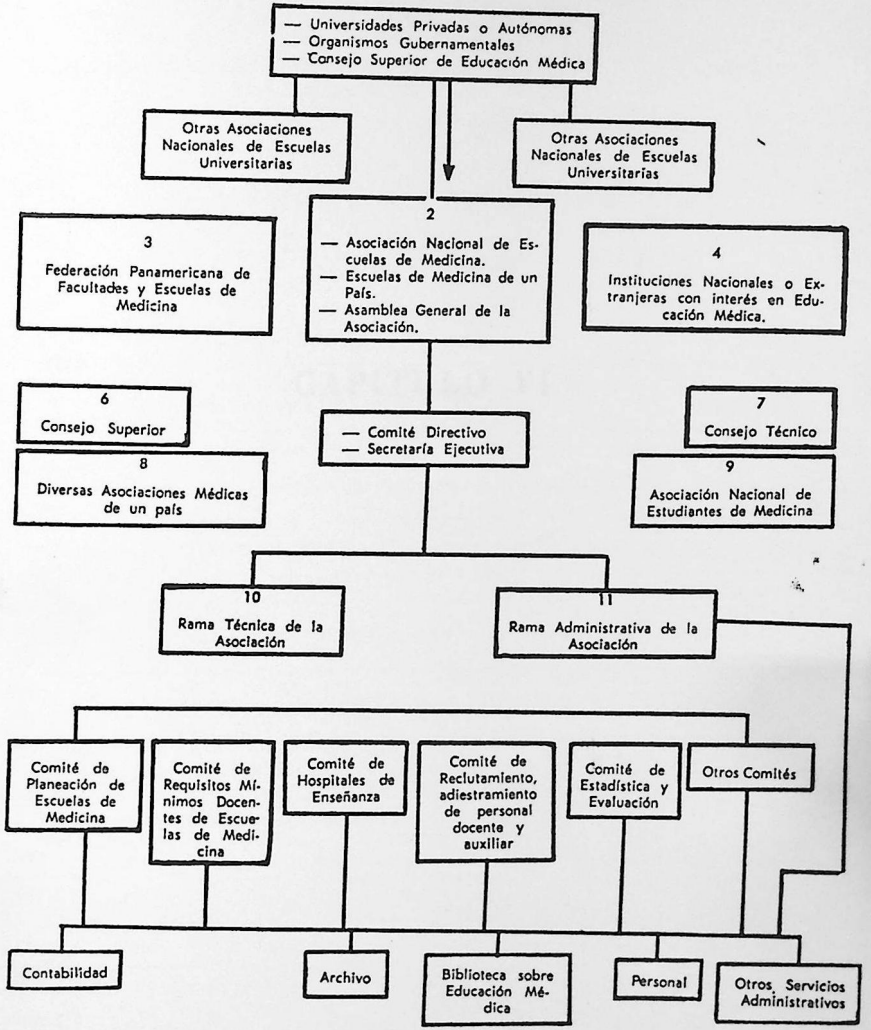
ORGANIZACION PIRAMIDAL INTERNA DE LAS ASOCIACIONES NACIONALES DE ESCUELAS DE MEDICINA



Unidad Directiva en la Cúspide y División del Trabajo a Diversos Niveles para el Cumplimiento de los Objetivos de cada Asociación Nacional. Las Funciones y Actividades en cada Nivel de la Pirámide son Específicos, no deben interferir unas con otras.

CUADRO 2

UN ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LAS ASOCIACIONES NACIONALES DE ESCUELAS DE MEDICINA



CAPITULO VI

PALABRAS DE CLAUSURA DE LA I CONFERENCIA GENERAL DE EDUCACION DE LA FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA

Dr. GABRIEL VELASQUEZ PALAU, Bogotá, Agosto 27 de 1966.

Deseo al iniciar estas palabras finales de clausura de la I Conferencia General de Educación Médica de la Federación, expresar, tanto en mi nombre, como en el de las Directivas de la Federación y de la Asociación Colombiana, nuestros más sinceros agradecimientos a todos los delegados y participantes por la valiosa contribución que nos han prestado durante las reuniones de esta semana. Para la vida de la Asociación Colombiana esta reunión constituye un hecho histórico de singular trascendencia. Quiero, así mismo, ofrecerles nuestras excusas por todas las fallas e incomodidades que hayan podido tener durante la realización de la Conferencia.

Tengo la sensación que todos los delegados participan de la plena satisfacción por la labor realizada y regresan a sus países compartiendo con nosotros los más amplios y definidos sentimientos de optimismo.

El pretender añadir en este momento nuevas ideas a las muy valiosas expresadas durante la Conferencia sería casi imposible y muestra inútil de pedantería. Por eso y en forma breve me limitaré a una especie de síntesis o balance de lo realizado, destacando, a manera de recordatorio, los hechos más notables del Congreso. Comprendo que corro el riesgo de olvidar la mención de algunos o quizá fallar por exceso de apreciación personal, pero la benevolencia de los delegados y la eficiencia de nuestros compañeros de la Dirección Ejecutiva de la Asociación Colombiana, que espero publicarán en breve plazo las conclusiones y trabajos aquí presentados, suplirá con creces las omisiones en que yo pueda incurrir.

Estoy seguro de contar con el consenso general de todos los aquí presentes al afirmar que una de las contribuciones más notables la obtuvimos en la sesión plenaria inaugural, realizada en el Teatro Colón en la noche del lunes. Efectivamente las ideas expresadas por el Sr. Presidente, Dr. Carlos Lleras Restrepo, sobre el papel de las Ciencias de la Salud en el desarrollo social de los pueblos fueron especialmente reveladoras. Igualmente impresionantes fueron sus palabras cuando demostró con toda claridad, cómo la medicina y las Ciencias afines constituyen uno de los más valiosos factores en el desarrollo económico, ya que a ellas les compete proteger y cuidar el recurso más importante, el hombre. Anima y constituye un motivo de aliento para los educadores médicos su afirmación acerca de la tarea que nos corresponde desempeñar contribuyendo al desarrollo total de la educación superior en la América Latina. Sus elogiosos conceptos sobre la labor cumplida por la Asociación Colombiana impulsan a sus dirigentes a continuar con

fervor en la tarea en que están empeñados. Sus ideas y otras similares expresadas por los Drs. Horwitz, Negme, Ordóñez y Chiappo al destacar la importancia y la inaplazable necesidad de proteger y cuidar la libertad académica en la Universidad deben ser motivo de profunda meditación, ya que en el momento actual estamos presenciando en muchas universidades del continente fenómenos y problemas que atentan contra los programas, afectan la estructura y oscurecen el futuro de la Universidad Latinoamericana.

Otro de los hechos más importantes, y quiero destacarlo, constituye la reunión misma de la Conferencia. Efectivamente culmina aquí un esfuerzo a nivel continental de integración médica, cultural y científica, el cual demuestra cómo los educadores médicos, con inteligencia y extraordinaria visión, se han adelantado a los movimientos de integración comercial, económica y política del Continente.

El Dr. Antonio Ordóñez, Ministro de Salud de Colombia y distinguido educador médico, nos señaló con precisión claras ideas sobre la responsabilidad que tienen las Escuelas de Medicina en el presente. Al hacer él énfasis en los cambios que se han venido sucediendo en los últimos treinta años y al destacar la complejidad de la sociedad pluralista en que vivimos, señaló la nueva dimensión que se le exige al profesional de la salud para que pueda, no solamente atender al cuidado integral del paciente, sino comprender la dinámica social, la psicología individual y colectiva y las características culturales de las zonas en que le compete actuar; destacó además el hecho de que la enseñanza de esos conocimientos, exige una revisión cuidadosa de los programas de estudio. Esos mismos fenómenos y las crecientes responsabilidades de la educación médica moderna fueron ampliamente elaborados en la excelente presentación del profesor Guillermo Adriasola que sirvió como estímulo y pauta para las discusiones de los grupos de trabajo.

De especial valor y gran trascendencia fue la mesa redonda en la cual se analizó y destacó la importancia que tienen los estudios generales en la educación médica. Este tema es de palpitante actualidad pues numerosas escuelas de Centro y Suramérica se encuentran empeñadas en organizarlos y reforzarlos. Ello se debe al convencimiento de las directivas de las Escuelas Médicas de la América Latina, de que el profesional médico en el momento actual, necesita reforzar su preparación con amplios conocimientos en las ciencias y requiere la capacidad para comprender más claramente los problemas económicos y sociales y finalmente necesita una educación más completa que le permita desempeñar el delicado cargo que tiene en la sociedad.

Un concepto trascendental sometido a un cuidadoso análisis tanto en las sesiones plenarias como en los grupos de trabajo, fue el relativo a la finalidad misma de la Universidad y sus Escuelas de Medcina. Efectivamente se acepta hoy que la visión fundamental de la Universidad es la de contribuír decisivamente al desarrollo. Para cumplir adecuadamente esta tarea la Universidad no puede continuar, como bien lo anotó el Dr. Patiño, siendo una aislada torre de marfil. Por el contrario debe, en permanente colaboración con las fuerzas del Gobierno, el Congreso, los Institutos descentralizados y la empresa privada, participar activamente en estudios que le permitan conocer con claridad y precisión las necesidades y recursos de salud del país y de cada una de sus regiones. Sólo con base en esos estudios se puede proceder a elaborar planes nacionales y regionales de salud, que integren y coordinen todos los recursos del Ministerio de Salud, de las Beneficencias, de los sistemas de seguridad social, de la Iglesia, de la empresa privada, de los gremios profesionales y en general de todas aquellas instituciones que en una u otra forma intervienen en el cuidado y protección de la salud de los ciudadanos. De especial valor para el logro de estos objetivos fue la conferencia dictada por el Dr. Hugo Behm, sobre "Planificación en Salud", la capacitación de médicos odontólogos, enfermeras, ingenieros sanitarios y personal auxiliar capaz de cumplir con éxito y eficiencia tan delicada tarea que demanda especiales e ingeniosos esfuerzos de las autoridades universitarias. La organización de Centros Médicos Universitarios y de Divisiones de Ciencias de la Salud que investiguen los problemas u ofrezcan programas de adiestramiento interdisciplinario, se presentan como un reto a la inteligencia de los educadores médicos del Continente.

Todavía resuenan en nuestros oídos los calurosos aplausos con que fue premiada la extraordinaria presentación del profesor Leopoldo Chiappo, quien analizó en forma magistral algunos de los problemas y causas de los fenómenos que actualmente atentan contra el orden y la vida misma de muchas de las Universidades Americanas. Hizo el profesor Chiappo atinadas observaciones y nos presentó en forma convincente, la necesidad de organizar un estudio especial sobre tan delicado tema. Sugirió la conveniencia de reunir un grupo de trabajo que realice estudios más profundos y proponga una fundamentada declaración al respecto. Creo, con todo respeto, que las Directivas de la Federación deben darle especial atención a tan valiosa iniciativa.

La importancia y el singular valor que tienen las Asociaciones de Facultades de Medicina en la tarea que estamos empeñados, fueron analizados con especial cuidado por otra de las Mesas Redondas. Los objetivos generales de las Asociaciones así como su organización fueron estudiados en detalle y se presentaron valiosas y útiles recomendaciones.

Hemos escuchado y discutido la lectura del relato final sobre el tema "Educación Médica - Factor en el Desarrollo Económico y Social", objeto principal de la Conferencia y por consiguiente omito comentarios sobre este tema así como los cuatro tópicos en que la discusión fue dividida.

Para concluir quiero destacar la dedicación y el espíritu de trabajo del Dr. Luis Guillermo Forero Nougués, de Relatores y Coordinadores de cada uno de los grupos en que la Conferencia General estuvo dividida. Su dedicación y responsabilidad revelan el alto espíritu académico que los anima. Quiero también agradecer en nombre de los Organizadores las brillantes exposiciones de los Conferencistas y las participaciones de todos los Delegados en las Mesas Redondas y en los grupos de trabajo; ellos aportaron ideas muy valiosas y contribuyeron al éxito de la Conferencia.

Debo dejar especial mención de reconocimiento por la extraordinaria labor cumplida por el Comité Ejecutivo de la Asociación Colombiana en la preparación y realización de este certamen. Sus miembros, desde hace varios meses, han venido trabajando con singular esmero y eficiencia y a sus esfuerzos se debe en gran parte las facilidades que hemos tenido para la realización de este trabajo.

A los Drs. Alfonso Ramírez y Bernardo Montes, Director y Decano de Estudios del Hospital Militar deseo expresarles nuestros más rendidos agradecimientos por su gentil hospitalidad y colaboración. A las secretarias y a todo el personal auxiliar quiero ofrecerles el testimonio de nuestra gratitud. Ellas y ellos con su amabilidad y simpatía hicieron más gratas nuestras horas de trabajo. A Uds. señores delegados y participantes quiero expresarles nuevamente nuestras más sinceras felicitaciones por el esfuerzo, interés e inteligente colaboración con que contribuyeron eficazmente al éxito

del Congreso. A todos deseo un feliz viaje de regreso a sus países.

Al Gobierno Nacional y a su Congreso, al Banco de la República, a la Fundación de Asistencia Colombiana, a la Industria Privada, a las Fundaciones Kellogg y Milbank y a la Organización Sanitaria Panamericana, deseo transmitirles nuestro más rendido agradecimiento por la decisiva y valiosa contribución que prestaron al mejor éxito de esta I Conferencia Panamericana de Educación Médica.

LISTA GENERAL DE PARTICIPANTES POR GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO I

NOMBRE	PAIS
Coordinador:	
Benjamín Mejía Calad	Colombia
Alvarez Manilla José M.	México
Chiappo Leopoldo	Perú
Hamilton John	Canadá
Jones David J.	EE. UU.
Lavergne Julio Armando	Panamá
Luna Ronaldo	Guatemala
Muñoz Edgar	Colombia
Muñoz Juan Jacobo	Colombia
Maciel Rubens	Brasil
Neghme Amador	Chile
Perrin Edward B.	EE. UU.
Ramos Pedro	México
Sánchez Medina Hugo	Venezuela

GRUPO II

Coordinador:	
Jaime López Ruiz	Colombia
Barrios Miguel	México
Carvalho Joa Monteiro De	Brasil
Devoto Raúl A.	Argentina
González Ignacio	Chile
Silva José Hilario	Brasil
MacLeod Wendell	Canadá
Monge Carlos	Perú
Nicholson Hayden	EE. UU.
Newton J. Q.	EE. UU.
Ramírez Alfonso	Colombia
Rueda Williamson Roberto	Colombia
Román Jorge	Chile
Sarasti Hernando	Colombia
Velásquez Palau Gabriel	Colombia
Vargas Ríos Antonio	México
Van Zile Hyde Henry	EE. UU.
Vayda Eugene	EE. UU.
Vivas Lorenzo	Venezuela

GRUPO III

NOMBRE	PAIS
Coordinador:	
Guillermo Umaña	Colombia
Berson Robert C.	EE. UU.
Bosch Manuel	Argentina
Brewer R. Nicolás	Paraguay
Egan W. Richard	EE. UU.
Gómez Silvio	Colombia
Hurtado Alberto	Perú
Layton B. D. B.	Canadá
Lander Manuel	Venezuela
Melo de Oliveira Orlando	Brasil
Merril Malcolm	EE. UU.
Paloucek Frank P.	EE. UU.
Pérez Ramírez Mario	México
Rodríguez Rivas Julio	Bolivia
Sidel Víctor	EE. UU.

GRUPO IV

Coordinador:	
Olegario Barbosa	Colombia
Aljure Emilio	Colombia
Bermúdez Benjamín	Colombia
Casas Rafael	Colombia
Dueñas Padrón Abel	Colombia
Donoso Alberto	Chile
Fernández Juan José	El Salvador
Ferreira José Roberto	Brasil
Gil Laurence	EE. UU.
Hunt Oliver R.	Paraguay
Iunes Magid	Brasil
Marvin Horace	EE. UU.
McCreary John F.	Canadá
Ortega Gabriel	Venezuela
Ramos Joaquín	México
Sinfontes José E.	Puerto Rico
Taylor Isaac	EE. UU.
Thompson John D.	EE. UU.
Torres José Miguel	México
Vinatea Jorge De	Perú
Zimmer James A.	EE. UU.

GRUPO V.

NOMBRE	PAIS
Coordinador:	
Mario Hurtado	Colombia
Christie V. Roland	Canadá
Eagle Frederich	EE. UU.
Aranzazu Ferry	Colombia
Fonseca S. Alvaro	Costa Rica
Groot Hernando	Colombia
Gutiérrez Sáenz Rodrigo.	Costa Rica
Lemaire Andre	Francia
Lussier Jean Jacques	Canadá
Náquira Vildoso Félix	Perú
Orellana Daniel	Venezuela
Ruiz Mario	Colombia
Rolf Daniel T.	EE. UU.
Santos Roberto	Brasil
Schulte Marjorie	EE. UU.
Skewes Eduardo	Chile
Stensland Pier G.	Canadá
Smith Karl	Jamaica

GRUPO VI

Coordinador:	
Enrique Mejía Ruiz	Colombia
Arreaza Guzmán Alfredo	OPS/OMS
Bier Otto	Brasil
Behm Hugo	Chile
Fajardo Guillermo	México
Gama Carpio José P.	México
Gómez Heriberto	Colombia
Hinman Harold	EE. UU.
León Julio de	Guatemala
Márquez de Faria Anchises	Brasil
Molina Enrique	Venezuela
Orfila Juan Antonio	Argentina
Peralta Rafael	Colombia
Rodríguez Víctor	Colombia
Rojo Vicente	Colombia
Ugarte Luis Angel	Perú
Versiani Caldeira Oscar	Brasil
Paloucek Frank P.	EE. UU.

GRUPO VII

NOMBRE	PAIS
Coodinador:	
Gonzalo Calle	Colombia
Adriasola Guillermo	Chile
Arias Aguirre Fernando	Colombia
Arthes Federico	Guatemala
Agudelo Gildardo	Colombia
Ponce Luis Delfín	Venezuela
Douglas Surgenor	EE. UU.
Raw Isaías	Brasil
Lovin Lowell S.	EE. UU.
Almeida Francisco L. De	Brasil
Annamunthodo Harry	Jamaica
Cáceres Alvarez Eduardo	Colombia
Lewis Charles E.	EE. UU.
Escallón Alberto	Colombia
Golden Archie	EE. UU.
Ayala Haedo Alfredo	Paraguay
Braga Ernani	Brasil

GRUPO VIII

Coordinador:	
Jorge E. Restrepo	Colombia
Alvarez José Manuel	México
Amancio Da Silva Aloisio	Brasil
Cruz Lima Carlos	Brasil
Houli Jacques	Brasil
Korgi Jaime	Colombia
Mills Russell C.	EE. UU.
Sabogal Ernesto	Colombia
Sarria Deheza Félix	Argentina
Seba Obregón Luis Carlos.	Colombia
Socarrás Alvaro	Colombia
Torres Walter	Perú
Vasquez Vigo Martín	OPS/OMS
Vial Juan de Dios	Chile

GRUPO IX

Coordinador:	
Liborio Sánchez	Colombia
Alcaraz del Río Ignacio	México
Bermúdez Manuel	Colombia
Braga De Abreu Mario	Brasil
Borja Miguel A.	Colombia
Bernal Tirado Jorge	Colombia

NOMBRE	PAIS
Caio Díaz Benjamín	Brasil
Campos Héctor	Venezuela
Egan Richard W.	EE. UU.
García Vicente	Colombia
León Carlos	Colombia
López Javier	Colombia
Lotti Carlos	Argentina
Merino Rolando	Chile
Mejía Alfonso	Colombia
Restrepo Guillermo	Colombia
Vargas Pino Virgilio	Colombia
Villarreal Jorge	Colombia

GRUPO X

Coordinador:	
Adolfo Vélez Gil	Colombia
Gómez Aldemar	Colombia
Martins Ferreira Hiss	Brasil
Olmedo Roberto F.	Paraguay
Meira Alfonso Renato	Brasil
Obregón Jara Francisco	Colombia
Pease Clifford A.	EE. UU.
Romero Teruel José	Brasil
Soto Pirela Luis	Venezuela
Scott Virgil	EE. UU.
Spinetti Berti Mario	Venezuela
Suescún Fernando	Colombia
Velosa Armando	Colombia
París Chiappe José A.	Colombia
Zunino Carlos	Ecuador

GRUPO XI

Coordinador:	
Jaime Baquero	Colombia
Abad Gómez Héctor	Colombia
Alvarado Cobos Alberto	Ecuador
Andrade Jorge	Venezuela
Badgley Robin	EE. UU.
Bianco Mabel	Argentina
Buendía Augusto	Colombia
Campillo Carlos	México
Castaño Javier	Colombia
Cuervo Trujillo Carlos	Colombia
Galves Brando José	Perú
Goycoechea Oscar L. De	Argentina
Legannelier Sergio	Chile

NOMBRE	PAIS
Jurado Efrén	Ecuador
Marcucci Alonso	Venezuela
Pardo Jorge	Colombia
Leal Prado J.	Brasil
Santos Hernando	Colombia
Sinisterra Leonardo	Colombia
Todd Luis E.	México
Bohorquez Fabio	Colombia

GRUPO XII

Coordinador:	
Ramiro Delgado	Colombia
Acosta César	Venezuela
Consigli Carlos A.	Argentina
Collet Agnelo	Brasil
Corach Luis	Argentina
Borrero Correa Lima Mario	Brasil
Chaves Mario	OPS/OMS
Fuentes Jaime	México
Hernández Antonio	Colombia
García Osvaldo	Venezuela
González Quijano José	México
León Ugarte Mario	Perú
Martínez S. Carlos	Colombia
Montoya Humberto	Colombia
Negrete Azuel	Colombia
Peñalver Rafael A.	EE. UU.
Rojas William	Colombia
Sarmiento Jorge	Colombia
Minchalá Rómulo	Ecuador

GRUPO XIII

Coordinador:	
Bernardo Montes	Colombia
Cárdenas Víctor	Colombia
Escudero Carlos	México
Escobar Soto Jorge	Colombia
Fernández Humberto	Venezuela
González Puig Raúl	Uruguay
Núñez Aníbal	Venezuela
Spurr Gerald B.	EE. UU.
Solero Lauro	Brasil

GRUPO XIV

NOMBRE	PAIS	NOMBRE	PAIS
Coordinador:		Ordóñez Tomás	México
Carlos Serrano	Colombia	Pabón Aurelio	Colombia
		Ramos Alvaro	Colombia
Botero Bernardo	Colombia	Sequera Palencia Héctor	Venezuela
Cobo Alex	Colombia	Sarria Deheza Félix	Argentina
De Freitas José María	Brasil	Wiesner Lotti	Colombia

GRUPO XV

Coordinador:		Dos Santos Figueira Antonio	Brasil
Eduardo Angel	Colombia	Echeverry Enrique	Colombia
Alvarado Francisco	Honduras	González Navas Alfredo	Venezuela
Araújo Jorge	Colombia	Medina Acosta Alberto	Venezuela
Archila Jorge	Colombia	Múñoz Diego A.	Colombia
Casavilca Aníbal	Perú	Trujillo Libardo	México
Díaz Martínez Félix E.	República Dominicana	Samorano Juan	Chile
		Illera Antonio José	Colombia

CAPITULO VII

RELATO FINAL DE LOS TOPICOS I, II, III y IV.

Relator General: Dr. LUIS GUILLERMO FORERO NOUGUES.

TEMA:

"La Educación Médica, Factor en el Desarrollo Económico y Social".

TOPICO I:

Evolución Social y Progreso Científico. Su relación con la educación médica.

PREGUNTA Nº 1.

1. Puede afirmarse que el desarrollo social ha corrido paralelo con los avances en la ciencia médica y con la educación médica?

Hay una falta de paralelismo entre la evolución social, el progreso científico y la educación médica. El desarrollo de las ciencias médicas ha sido más rápido que el desarrollo social en todos los países, incluyendo los más avanzados. Con respecto a la educación médica, el cambio observado es mínimo en algunos países; en otros, especialmente al norte de este hemisferio, la educación médica se ha desarrollado con conceptos más científicos, pero a pesar de ello no corre paralelamente con el desarrollo social, En un solo grupo de trabajo una minoría declaró que sí ha habido un relativo paralelismo entre ambos desarrollos. Se hace notar que el crecimiento demográfico ha agudizado el problema social, y la actual educación médica todavía no ha logrado adaptar los adelantos médicos y científicos a las necesidades sociales.

2. Si esto no es así, qué factores han incidido en la posible falta de paralelismo?

Son diferentes los factores, según los países, pudiéndoseles considerar en la siguiente forma:

I. DEPENDIENTES DEL ESTADO:

a) Falta de adecuada planeación y continuidad en los programas estatales, los cuales pueden ser influídos por cambios políticos, lo que resulta en mengua de los mismos.

b) Escaso impulso dado a programas de educación y adecuada capacitación de personal.

c) Falta de recursos económicos suficientes para impulsar programas de desarrollo social.

d) Necesidad de un fortalecimiento en las estructuras del Estado para permitir un adecuado desarrollo socio-económico.

II. DEPENDIENTES DE LA UNIVERSIDAD

a) Planeación incompleta de la educación médica, al no proporcionar las Facultades de Medicina conocimientos suficientes de los problemas sanitarios, sociales y económicos de la comunidad.

b) La enseñanza médica actual no motiva adecuadamente a los estudiantes de medicina respecto a la función social de la profesión.

c) No siempre las directivas universitarias ni el personal docente y administrativo poseen la calificación adecuada para ejercer las funciones que les corresponden.

d) La carencia de recursos económicos de nuestras Facultades de Medicina les impide planear, organizar y ejecutar programas que proyecten su influencia sobre la comunidad.

e) El divorcio, que en ocasiones llega al antagonismo, entre la política de salud del Estado, sus normas de protección social y sus planes socio-económicos, y la actitud, planeación y programas de las Escuelas de Medicina.

III. DEPENDIENTES DE LA PROFESION MEDICA:

a) Falta de adecuada orientación profesional.

b) Falta de participación más amplia de la profesión en los programas de desarrollo socio-económico.

c) Falta de apoyo al personal médico especializado en salud pública.

IV. DEPENDIENTES DE LA COMUNIDAD.

a) La pobreza, enfermedad y analfabetismo predominantes en muchos países del hemisferio.

b) Falta de demanda más enérgica, por parte de la comunidad, de servicios para su mejor bienestar social.

c) Resistencia de la comunidad a participar en programas médicos y de bienestar social por la existencia de factores negativos, culturales y tradicionales.

PREGUNTA Nº 2.

2. ¿Qué mecanismos pueden sugerirse para lograr que, en un país en desarrollo, un número mayor de la población se beneficie de los avances de la medicina científica?

I. MECANISMOS ESTATALES:

a) **A nivel nacional:**

1. Formulación de un plan de salud nacional, propiciando la colaboración de las Facultades de Medicina en su elaboración.

2. Ampliación y extensión de la atención médica a todos los habitantes, evaluando los diversos sistemas de socialización de servicios para aplicar el más adecuado; la medicatura rural, debidamente organizada, puede ser útil en la ampliación de estos servicios, pero es necesario crear las condiciones necesarias para su adecuado ejercicio.

b) **A nivel departamental:** (Provincial o estatal).

Regionalización e integración de servicios para una mejor utilización de los recursos.

c) **A nivel local:**

1. Utilización de la familia como unidad de trabajo.

2. Educación de la comunidad para la utilización adecuada de los servicios.

II. MECANISMOS UNIVERSITARIOS:

a) Intervención de la Universidad en los programas de desarrollo y de salud nacionales.

b) Creación de Facultades de Ciencias de la Salud para integrar recursos y formar personal médico, paramédico y auxiliar, para constituír los Equipos de Salud.

c) Incorporación, dentro de los planes de estudios pregraduados, de materias que hagan conocer la estructura y dinámica de las comunidades (bioestadística, sociología, antropología, psicología, medicina preventiva, etc).

d) Creación o perfeccionamiento de "Laboratorios de Población" para capacitar al estudiante en el diagnóstico y manejo de los problemas de la comunidad, dentro de un equipo de trabajo.

e) Investigación de los problemas nacionales.

f) Asignación a cada Escuela de Medicina de un área definida de acción, en una población, con el fin de realizar, fundamentalmente, acción docente y de cuidado médico, con la finalidad de dar mejor preparación al estudiante y extender así los beneficios de la medicina científica a un mayor núcleo de población.

III. MECANISMOS DE LA COMUNIDAD:

a) Inclusión de la enseñanza de educación sanitaria dentro de los programas de educación general, especialmente en los grupos escolares de la población.

b) Educación de la comunidad en todos sus niveles sociales para lograr la conveniente receptividad de los programas formulados.

PREGUNTA Nº 3.

3. ¿Cómo se pueden coordinar, en la formación profesional médica, los aspectos puramente científicos de la profesión y las circunstancias sociales del medio en que se desarrolla?

En la formación del médico no debe haber oposición entre la enseñanza de materias básicas, la investigación científica, el adiestramiento clínico y el conocimiento de los aspectos sociales y económicos del medio. Todos estos aspectos deben ser enseñados al alumno a lo largo de la carrera. Esto se puede lograr poniendo en contacto al estudiante con los problemas de la comunidad, orientándolo a sus posibles soluciones, en lugar de darle solamente información. La coordinación debe ser lograda a través del cambio de mentalidad y actitud de profesores y alumnos. A esto también debe contribuír la enseñanza multidisciplinaria dentro de la Universidad.

Para el estudio de las fallas de la enseñanza en médicos recién egresados, es conveniente que se hagan encuestas para determinar cuáles son los resultados de esta enseñanza y la forma como los médicos egresados se desenvuelven ante ciertos problemas de la práctica médica.

PREGUNTA Nº 4

4. ¿Qué dificultades existen para lograr la formación en los dos aspectos anteriores?

Se enuncian las siguientes:

a) En la evolución histórica de la enseñanza médica no ha existido un paralelismo entre ciencias básicas, médicas y sociales.

b) Indiferencia y/o resistencia de estudiantes y profesorado, e inclusive directivos de Escuelas Médicas, a la enseñanza de los aspectos sociales.

c) Inestabilidad del personal directivo universitario, con los consiguientes cambios de planes de estudio.

d) Inadecuada motivación del estudiante de medicina con respecto a sus deberes como estudiante, como médico y como ciudadano.

e) Personal docente insuficientemente preparado en la enseñanza de las ciencias sociales.

f) Poca sensibilidad de la Universidad a los problemas socio-económicos de la comunidad, lo que dificulta la formación integral del estudiante.

g) Tradicionalismo.

h) Mal uso e insuficiencia de los recursos económicos, lo que impide a muchas Escuelas de Medicina contar con suficiente personal docente, equipos y áreas de demostración.

i) Falla de la coordinación entre las Escuelas de Medicina y los servicios de salud.

j) Deficiente integración de las diferentes profesiones dentro de la Universidad.

k) Dificultad de armonizar el contenido del curriculum médico con la limitación de su extensión.

PREGUNTA Nº 5

5. Algunas Universidades se limitan al régimen del aprendizaje dirigido, otras utilizan métodos de enseñanza masiva individual, estimulando el proceso de auto-aprendizaje. ¿Qué factores históricos, teorías educacionales, o circunstancias socio-económicas pueden haber determinado estas diversas modalidades?

Los sistemas de enseñanza médica en la América Latina son muy diferentes en las distintas Escuelas, y aún en una misma institución, lo que obedece a razones históricas, sociales, económicas, etc. Existe la urgente necesidad de modificar los sistemas docentes e interesar más al profesorado en el conocimiento de sistemas pedagógicos modernos de la enseñanza médica, con el fin de promover en mayor grado la participación activa del alumno en el aprendizaje. En la planeación de los cambios necesarios, deberán tenerse en cuenta los recursos reales de cada escuela o país, ya que las limitaciones propias impiden por ahora la total transformación de los sistemas de enseñanza vigentes.

Las circunstancias socio-económicas son, indudablemente, las de mayor importancia. Es de desear que se establezcan métodos pedagógicos modernos, tales como la enseñanza de tipo individual, educación continuada, etc., pero se reconoce que motivos económicos suelen demorar su implantación.

PREGUNTA Nº 6

6. ¿Qué esperan los pueblos de diferentes regiones en relación a la medicina y las otras profesiones afines?

6.1. ¿Qué esperan de su personal médico y de salud pública los diversos grupos de la comunidad rural o urbana?

6.2. ¿De qué manera esta expectativa popular actúa sobre la educación profesional?

La comunidad rural espera un médico general, atención integral, cierto grado de paternalismo, efectivo liderato social, conducta ejemplar, altruísmo y devoción de los profesionales. Por otra parte, en las áreas urbanas, la población tiene tendencia a exigir una atención médica especializada; aquí se ha perdido casi por completo el liderato comunitario y en algunas ocasiones hay manifestaciones claras de hostilidad a la profesión médica. Sin embargo, para saber a ciencia cierta, lo que esperan del médico diversos grupos sociales es importante efectuar encuestas bien conducidas sobre este tema.

Es también aparente que resulta extraordinariamente difícil modificar radicalmente la actitud hacia la medicina curativa de los núcleos rurales y que los preceptos básicos de medicina preventiva y educación sanitaria solo podrán ser introducidos simultáneamente con los actos curativos.

La expectativa popular ha actuado y sigue actuando poderosamente sobre la educación profesional con resultados discutibles en muchas ocasiones.

La actitud tradicional del sujeto enfermo es la de buscar alivio a sus síntomas y esto ha llevado a la práctica de una medicina individual. Los cambios en el enfoque de la educación médica han conducido a la formación de un profesional con un interés mayor en la enfermedad que en el paciente, llevándolo a agruparse en áreas predominantemente urbanas, en donde puede continuar su formación profesional y su estructuración científica. En consecuencia, las áreas rurales se ven desprotegidas en su salud y el médico ha perdido el liderato que inicialmente se le adjudicó. El problema real radica en cómo mantener al médico ejerciendo activamente su liderato en las áreas rurales y al mismo tiempro procurarle información y medios para que siga su proceso de educación continuada.

Cada vez se hace más enfática la demanda de la comunidad sobre quienes tienen responsabilidad en la educación del médico para que éste sea formado

íntegramente con conocimiento de sus necesidades y sus inquietudes, y, además, se le capacite para dar soluciones a sus demandas.

PREGUNTA Nº 7

7. ¿En qué medida corresponde al médico, como una "responsabilidad compartida", el liderazgo en el desarrollo del medio social en el cual actúa?

7.1. ¿En qué forma y de qué medios se puede valer para ejercer ese liderazgo?

Un grupo estuvo en contra del uso de la palabra líder, sugiriendo que se le considerara como elemento de un grupo dirigente. El médico es un técnico responsable al servicio de la comunidad, sin desviar su liderazgo en función de intereses personales, en virtud de que su mejor preparación y su posición de alto prestigio lo obligan a participar activamente en el conocimiento y solución de los problemas de su medio. Pero, como la solución de los problemas de salud no pertenece exclusivamente al área médica, es importante la integración del médico con otros profesionales y con los líderes naturales de la comunidad. Este proceso de integración interprofesional debe tener un objetivo educativo, el cual puede realizarse dentro de la Universidad.

Para que el médico ejerza un buen liderazgo se requiere el estudio y conocimiento de la estructura social del grupo donde actúa. Se valdrá fundamentalmente, de medios educativos, planeación adecuada, organización y coordinación de grupos sociales, conocimientos psicológicos, administrativos y políticos.

TOPICO II:

La Educación Médica y la Estructura Sanitaria Nacional.

PREGUNTA Nº 1

1. Cómo pueden las Escuelas Médicas:

1.1. Conocer mejor las necesidades y demandas de la población en materia de salud?

1.2. ¿Contribuír a diseñar los sistemas de salud más adecuados para sus comunidades?

La solución ideal es la de realizar encuestas a nivel nacional sobre morbilidad, condiciones demográficas y recursos humanos (personal médico y paramédico), condiciones sanitarias, nutritivas, culturales y laborales. Se debe reforzar por todos los medios posibles el perfeccionamiento de los métodos de certificación de muerte y notificación de enfermedades. Es importante también realizar una labor contínua para el registro de las causas de morbilidad y mortalidad que complementen los estudios de tipo encuesta periódica. Las Facultades de Medicina deben adelantar estudios de las necesidades y los recursos de salud en las áreas geográficas que les corresponden, adelantando al mismo tiempo una labor conjunta de cooperación con las autoridades de salud pública para el mismo efecto.

Las Escuelas Médicas deben colaborar con las unidades de planeación de los Ministerios de Salud Pública de sus respectivos países, investigando mediante programas piloto los sistemas más adecuados, de acuerdo con las experiencias encontradas. Es conveniente la cooperación internacional a través de organismos tales como la Organización de Estados Americanos, la Oficina Sanitaria Panamericana y las fundaciones privadas interesadas en los problemas de salud en las Américas. Es importante que las Facultades de Medicina exijan del Gobierno y de las autoridades sanitarias refinar y mejorar continuamente los sistemas de bioestadística.

PREGUNTA Nº 2

¿Cuál debe ser la responsabilidad de las Universidades en relación con la formación de personal paramédico y auxiliar?

Un grupo propone cambiar el término de "personal paramédico" por el de "personal de colaboración médica", definiéndose éste como aquellos elementos que poseen nivel universitario, al contrario del "personal auxiliar", que no lo poseen. La Universidad debe formar el personal de "colaboración médica" y dar las facilidades para que el "personal auxiliar" sea lo más eficiente posible. El ideal es que no haya personal auxiliar.

Idealmente la Universidad debe asumir la responsabilidad por el adiestramiento de todo el personal paramédico. Las circunstancias prácticas en muchos países hacen que la formación de buena parte de este personal sea realizado por instituciones y organismos gubernamentales independientemente de las Universidades. En estos casos corresponde a la Universidad intervenir directamente en la elaboración de programas y en la evaluación y establecimiento de normas para el adiestramiento de dicho personal paramédico. Desde un punto de vista humano, es importante que los estudiantes de las diversas carreras paramédicas tengan contacto dentro de la Universidad, estableciéndose así las bases para la cooperación de estos individuos dentro de los Equipos de Salud. Es conveniente dignificar las actividades paramédicas, insistiendo sobre la vocación y despertando la inquietud por la investigación.

PREGUNTA Nº 3

3. ¿Qué prioridad debe darse a la preparación del personal médico especializado, en una nación en desarrollo?

3.1. ¿En qué proporción debe destinarse el personal médico especializado a la educación, al servicio y a la investigación científica?

Se debe dar prioridad a la formación de médicos generales ,sobre todo en los países en desarrollo. El adiestramiento de especialistas puede regularse para cada región y país de acuerdo con la oferta y demanda, cupos fijados por las Universidades o por las Asociaciones de Facultades de Medicina, basados en estudios sobre la demanda de especialistas.

No es posible fijar una proporción numérica definida por la cantidad de variables que puedan presentarse en un momento dado. Entre los especialistas que conviene formar se debe dar especial consideración a aquellos relacionados con la educación médica, servicio médico, investigación científica, profesores de ciencias médicas básicas y de medicina preventiva y administradores médicos.

PREGUNTA Nº 4

4. ¿Qué papel deben desempeñar las Escuelas de Medicina y sus autoridades en el planeamiento de la política de salud, con respecto a:

4.1. Criterios para definir los campos de acción en las diferentes modalidades de personal de salud? (médico, paramédico y auxiliar).

Debe existir colaboración y participación activa de las Escuelas de Medicina en la formulación de la política de la salud en general, y en forma especial en la investigación del papel que deben desempeñar los diferentes tipos de personal de la salud, así como de su formación, adiestramiento y distribución.

Un grupo cree que es la Universidad y no la Escuela de Medicina quien debe participar en el planeamiento de la política de salud, debido a los múltiples aspectos que presenta esta última. Se considera que la Universidad debe ser un consejero de primer orden y se insiste en que sus sugerencias sean tenidas muy en cuenta por los organismos oficiales de salud. La Universidad deberá prever con la debida anticipación, las necesidades que puedan presentarse en el futuro y planear su solución. La extensión de los servicios de salud que impliquen aumento en la producción de personal, deben ser detallados e informados a la Universidad para que ésta pueda preparar el personal correspondiente.

Los campos de acción entre el personal médico y paramédico deben ser objeto de un estudio cuidadoso, con la posibilidad de que los resultados sean diferentes en los distintos países y en las distintas regiones de cada país. Es inconveniente que el Gobierno, independientemente de las Facultades de Medicina, defina las áreas de acción del personal médico y paramédico.

4.2. La extensión o ampliación de los servicios sanitarios que impliquen aumento de la producción de personal?

Cualquier plan que desarrolle el gobierno en cuanto a ampliación de los servicios de salud y que implique un requerimiento mayor de personal médico y paramédico, debe hacerse de acuerdo con las Facultades de Medicina. Se considera como un desastre que el gobierno cree facilidades de salud para los cuales se requiere personal que la Universidad no está en capacidad de producir en un tiempo determinado.

PREGUNTA Nº 5

5. ¿Cómo pueden conciliarse los conceptos de "Servicios para la Sociedad", expresado en la demanda creciente de profesionales para la salud, y "Libertad Académica" (Libertad de la Universidad para la determinación de los requisitos de admisión y graduación, curriculum, y tópicos o campos de investigación)?

No tiene por qué haber necesidad de conciliación entre estos dos conceptos si existe una ordenada y completa programación regional, coordinada entre las Universidades y las entidades de planeación nacional. Debe existir libertad académica, pero la Universidad debe estar al servicio del país. Por esto al hacerse una planeación, se deben tener en cuenta, fundamentalmente, los siguientes aspectos:

a) Condición general y evolución del país.

b) Facilidades en personal y equipos.

c) Estudio de la necesidad de creación de nuevas escuelas, ampliación o fragmentación de las mismas.

d) La autonomía deberá ser ajustada a las necesidades de cada país.

e) Con el objeto de conseguir una armónica actividad y procurar que la libertad académica sea utilizada al servicio de necesidades de la salud, es conveniente la creación de los organismos necesarios.

Corresponde a estos organismos la fijación de los requisitos que hagan posible el establecimiento de un curriculum de alta calidad y el control de los objetivos perseguidos.

PREGUNTA Nº 6

6. ¿Qué dificultades educativas crea el planeamiento nacional de servicios médicos y de salud pública en relación con el establecimiento de un período de servicio público o cambio de educación formal o adiestramiento supervisado?

Los inconvenientes anotados a la medicatura rural son los siguientes:

a) Prolongación excesiva de la carrera médica con los efectos que esto tiene sobre los planes ulteriores de cada individuo, en relación con su especialización, o campo de acción.

b) Es común que esta práctica se haga sin suministrar al médico los elementos adecuados para desarrollar una labor útil, de tal manera que el sistema se torna básicamente ineficiente.

c) El esfuerzo educativo de las Facultades de Medicina se pierde al colocar al médico por fuera de actividades de estudio y de superación.

d) Por las razones anotadas más arriba el médico está expuesto a adquirir vicios personales y profesionales.

e) El servicio rural obligatorio impide la selección y utilización de personal para la docencia y la investigación.

f) La presión de los diferentes organismos de salud, pensando solo en obtener beneficios para sus programas, afecta al curriculum de la Universidad, obligando a efectuar cambios frecuentes en la organización y en el personal de las estructuras universitarias. Los mecanismos que pudieran obviar los inconvenientes enumerados, son los siguientes:

a) Supervisión continua por parte de las Facultades de Medicina.

b) Proveer con suficiente personal paramédico y equipo al área donde deba cumplirse dicho servicio.

c) Ofrecer programas útiles de educación médica continuada.

d) La Universidad debe proporcionar facilidades para la labor del médico rural, utilizando una planeación adecuada, elaborada por grupos de otras disciplinas, verbigracia, Ingeniería, Agronomía, Veterinaria, etc.

e) Solo deben emplearse para este servicio áreas geográficas que ofrezcan un mínimo de comodidades y facilidades al profesorado médico.

Algunos grupos piensan que la coerción para la prestación de este servicio no beneficia al profesional ni a la comunidad. En cambio, el ofrecimiento de un programa estructurado por la Universidad, en colaboración con Institutos Oficiales de Salud, y que cumpla con el mínimo de requisitos anotados, estimula al recién egresado a desplazarse a las áreas donde se le necesita.

PREGUNTA Nº 7

7. Proponga criterios para evaluar la eficacia de la educación profesional que brinda una Escuela Médica y su importancia en la atención de las necesidades médicas regionales. ¿Qué entidad debe hacer tal evaluación?

7.1. ¿La misma Escuela Médica?

7.2. ¿Un cuerpo profesional?

7.3 ¿El Gobierno?

La evaluación de la educación profesional de la Escuela de Medicina debe ser hecha por la misma escuela, celebrando seminarios periódicos con asistencia de profesores egresados, técnicos extranjeros invitados y estudiantes, quienes deberán analizar el rendimiento de los programas de estudio y su eficiencia para contribuir a la solución de los problemas médicos que afronte el país. Otros medios de evaluación pueden ser los siguientes:

a) Encuestas e inspecciones a intervalos regulares para determinar la forma en que el médico egresado cumple las funciones que le son propias;

b) Cambios en la situación sanitaria del área escogida;

c) Producción en el campo investigativo;

d) Estudio de las estadísticas vitales de la comunidad;

e) Cantidad y calidad de la certificación médica;

f) Tasas de morbilidad y mortalidad;

g) Inmunizaciones, etc.

La evaluación debe ser hecha por las Facultades de Medicina, Asociaciones de las mismas y el Estado, en colaboración. Uno de los grupos sugiere la creación de un comité de expertos para que estudie este problema y haga recomendaciones para cada país.

PREGUNTA Nº 8

8. ¿A quién cabe la responsabilidad del planeamiento, financiación, ejecución, y evaluación de los programas de educación continuada del personal médico y de salud pública?

8.1 ¿A la Escuela Médica?
8.2 ¿A las autoridades sanitarias?
8.3 ¿A los cuerpos profesionales?
8.4 ¿A otros grupos?

Se opina que estos programas deberán ser realizados en una acción conjunta de todas las entidades mencionadas. El planeamiento debe corresponder a las Facultades de Medicina y a los organismos de Salud, oficiales y semioficiales. Deben establecerse programas regulares de educación médica continuada en todas las Escuelas de Medicina. Dichos programas deberán regionalizarse de acuerdo con las necesidades ambientales.

La financiación, fundamentalmente, corresponderá a las entidades oficiales y semioficiales de salud, a los médicos mismos y, en menor grado a las Escuelas de Medicina.

La responsabilidad en la ejecución y en la evaluación debe corresponder a las instituciones enunciadas, y a las Asociaciones de Facultades de Medicina de cada país.

PREGUNTA Nº 9

9. ¿Cuáles son las responsabilidades de un "médico de familia" y qué variaciones tiene ese concepto en los distintos países?

Sus responsabilidades son las de promover, mantener y conservar un completo estado de salud física, mental y social en la familia. Sus modalidades están de acuerdo con el grado de desarrollo de cada país y las distintas circunstancias del ejercicio médico. Este concepto evita la disgregación de la atención médica dentro de sistemas oficiales que implican que el niño sea atendido en un sitio y por un médico diferente, la madre en otro lugar por otro médico, y eventualmente los demás miembros de la familia por médicos diferentes.

El médico de familia debe estar en condiciones de atender las necesidades médicas de toda la familia, o enviar los miembros de dicha familia a los especialistas o instituciones que puedan prestar la atención que no pueda dar en un momento determinado. Uno de los objetivos básicos de las Facultades de Medicina debe ser el de producir este tipo de médico general en número adecuado y con un nivel suficiente para atender de una manera responsable las necesidades de salud de la comunidad.

9.1 ¿Cómo debe ser utilizada esta definición de responsabilidad en la forma de una política educativa?

Debe conducir a la formación preferencial de médicos de familia mediante el contacto dirigido del estudiante con grupos familiares a todo lo largo de su carrera, haciéndole conocer, además, los valores antropológicos, culturales, sociales y económicos.

PREGUNTA Nº 10

10. ¿Qué actitud debe adoptar la Escuela Médica ante:

10.1 El empleo o práctica de métodos curativos en programas de medicina "simplificada" o de "promotores de salud" para servicios en zonas rurales?

Solamente doce grupos contestaron esta pregunta. Las respuestas favorables fueron siete, en contra tres y dos pidieron una evaluación previa de estos métodos curativos. Se ha creído conveniente transcribir textualmente una respuesta-muestra de cada una de las tendencias.

I. **Favorable:** "Se define la medicina simplificada como aquellos programas en que se preparan elementos de una comunidad para que asistan a la población rural en el tratamiento de las siete u ocho entidades nosológicas más frecuentes en ella. Para que el programa tenga validez deben llenarse tres requisitos:

a) Que exista personal preparado.

b) Que exista supervisión médica sobre ese personal y,

c) Que exista un buen sistema de referencia de enfermos".

"Las Escuelas de Medicina deben colaborar con los Ministerios de Salud en la preparación de personal para la práctica de la medicina simplificada, para asistir a aquellas regiones rurales don-

de exista inopia de médicos para atender esas poblaciones".

II. **En contra:** "Con programas de medicina simplificada o de promotores de salud, la Universidad reconoce su incapacidad de formar elementos a alto nivel".

III. **Evaluación previa:** "Los programas de "Medicina Simplificada", de "Promotoras de Salud' y las actividades de las parteras deben ser estudiados y evaluados con base en las experiencias que se están realizando en muchos de nuestros países. Tales estudios permitir;n a la Escuela Médica formarse un criterio acerca de su utilidad y de su posible capacitación o responsabilidad en estos programas".

10.2 ¿Actividad de las Parteras?

La actitud hacia las parteras debe ser el de atraerlas y ofrecerles cursos de información, capacitándolas para la atención del parto normal y en el reconocimiento de sus propias limitaciones. Se estima que la formación de parteras como programa universitario intermedio en países en desarrollo, es una necesidad para la comunidad y una obligación de la Universidad.

10.3 La medicina popular por "Brujos, Teguas, Magos" y otros?

La mayor parte de los grupos estuvo en favor de no emplear medidas coercitivas sobre estos elementos. La Escuela de Medicina debe facilitar información a sus estudiantes sobre el significado de la medicina popular. Estos, con sus conocimientos de sociología, antropología, psicología estarán capacitados para ejercer mejor su profesión en aquellos lugares donde este tipo de medicina tiene gran auge, procurando instruir a la población sobre los beneficios de la medicina moderna, sin antagonizar a aquellos que la practican.

PREGUNTA Nº 11

11. Qué medidas serían aconsejables para lograr una distribución de los profesionales más acorde con las necesidades y demandas de la salud de un país?

Se mencionaron las siguientes:

a) Incentivos económicos.

b) Recursos de trabajo.

c) Condiciones satisfactorias de vida.

d) Personal paramédico y auxiliar.

e) Participación y programas de educación médica continuada.

f) Plan nacional de salud.

g) Mejor distribución de personal no médico, en las regiones apartadas, que contribuya también al mejoramiento de las condiciones de salud (Ingenieros, Agrónomos, Antropólogos, etc).

h) Mecanismos de regulación de la oferta y demanda de médicos en todo el territorio de cada país.

i) Regionalización hospitalaria.

j) Corrección, hasta donde ello sea posible, del "aislamiento médico, cultural y familiar".

Una parte de un grupo se declaró resueltamente en favor de la socialización de la medicina.

TOPICO III.

Organización del Curriculum Médico para atender las necesidades cambiantes de la Sociedad.

PREGUNTA Nº 1.

1. Cúales son las características comunes de las Ciencias Básicas Médicas?

Sirven para el aprendizaje del método científico, estimulan la participación activa del estudiante en su educación y el desarrollo de su iniciativa, utilizan la observación personal y pueden enseñarse sistematizadamente. Son imprescindibles, además, para la enseñanza y actividad médicas en forma integral.

2. Es deseable que estas ciencias se enseñen en forma integrada, o es preferible que sean enseñadas en forma correlacionada, permitiendo así que el alumno haga la integración correspondiente?

Sólo trece de los grupos respondieron. De ellos seis fueron favorables a la integración, cuatro estuvieron indecisos y tres se pronunciaron por la correlación. Como anteriormente, se ha escogido una respuesta — muestra de cada tendencia.

I — Integración:

"Deben ser enseñadas en una forma integral. Se recomienda la participación del personal docente de Ciencias Clínicas en la enseñanza de las ciencias básicas y viceversa".

II — Sin decisión:

"La falta de experiencia suficiente hace difícil decidir sobre cúal de los dos sistemas de curriculum es el más aconsejable. Parece conveniente hacer estudios experimentales sobre cada uno, estableciendo mecanismos adecuados para la evaluación de sus resultados".

III — Correlación:

"En el método pedagógico existen dos sistemas: uno, el de integración vertical (unidad temática) y otro, la integración horizontal (coordinación). En el primero, de integración vertical, se le presenta al estudiante los conceptos y conocimientos ya simplificados; en el segundo, se estimula al estudiante a ser él quien integre los conocimientos que le son suministrados".

"El primer procedimiento tendría las siguientes ventajas: economía física, economía de personal docente y menor gasto. El segundo tiene la ventaja de desarrollar en el estudiante una más constructiva actitud mental que lo capacita mejor para enfrentar en el futuro hábitos y disposiciones, para el cumplimiento de su formación. De todo lo anterior parece más aconsejable el sistema de integración horizontal (coordinación)".

PREGUNTA Nº 2.

2. Qué planeamiento del curriculum permitiría una mejor comprensión de las fuerzas y circunstancias que determinan el comportamiento humano y social?

—Estudio del hospital como institución social;

—Estudio de los problemas del propio estudiante;

—Estudio de familias.

En la planeación del curriculum se considera fundamental el estudio de la comunidad, introducido desde las primeras etapas de la carrera, sin perjuicio de emplear el estudio específico de grupos familiares, de los problemas del estudiante y del estudio del hospital y de los propios pacientes. No debe olvidarse que las instituciones hospitalarias tan sólo permiten el estudio del factor ambiente de una manera limitada, que no refleja las situaciones reales en las cuales vive el individuo en su comunidad. Por esto se propone:

a) Ampliar el estudio de las ciencias psicológicas, socio-económicas y culturales.

b) Ampliar el concepto de medicina preventiva estableciendo su enseñanza a lo largo de la carrera.

c) Crear centros de demostración universitaria.

Estas actividades deben ser siempre dirigidas, tutoriales, proyectando el conocimiento que de sí mismo tenga el estudiante al afrontar sus propios problemas.

PREGUNTA Nº 3.

3. A qué nivel y en qué forma deben enseñarse las variables (raciales, naturales, religiosas, socio-económicas, etc.) que influyeron en la estructura de la familia y del comportamiento del individuo?

Deben enseñarse desde los primeros años de la carrera, ya que en este período los estudiantes son más susceptibles para asimilar estos conceptos, que deben llevarse para su aplicación hasta los niveles clínicos y de ejercicio profesional. Se consideran todos estos cursos sociales como básicos, que deben ser enseñados por el método científico, al igual que otras materias de ciclo básico, integrándose a los demás conocimientos recibidos. Esta enseñanza será efectiva si se adoptan las siguientes medidas:

a) Incremento de la relación-profesor-estudiante mediante la enseñanza tipo tutoría, o tipo preceptoría.

b) Recordar que el paciente constituye el mejor ejemplo y campo de estudio para este tipo de enseñanza.

c) Planteo de la conveniencia de intensificar estas enseñanzas en el último año de la carrera con un horario extra-curricular.

d) Esta enseñanza debe orientarse a escala universitaria y no a nivel de escuelas o facultades.

PREGUNTA Nº 4.

4. En qué forma cree usted que los problemas nacionales de salud, en las distintas regiones o países del Continente, están influyendo sobre la orientación de la educación médica?

En virtud de la gran incidencia de la enfermedad en los grupos humanos, el curriculum ha estado orientado tradicionalmente hacia la enseñanza de la medicina curativa. La influencia de los problemas de salud regionales está modificando la orientación médica hacia la medicina preventiva y la salud pública, nivelando en esta forma la educación médica. En algunos países ha influído en este cambio de énfasis la intervención e incorporación al personal docente de las Escuelas de Medicina de personal médico perteneciente a organismos estatales de salud. Es de desear que esta influencia sea mayor y más directa. La falta de estudios serios de los problemas nacionales de salud ha impedido que esa influencia haya sido mayor y más efectiva.

4.1 Cuál es la confiabilidad y la validez de los métodos usuales de examen para averiguar el progreso de los estudiantes? Qué métodos de investigación serían útiles para la evaluación de éste y de otros componentes del progreso educacional?

Los exámenes de tipo tradicional, orales y escritos deben desecharse.

La evaluación del trabajo del estudiante debe basarse en pruebas objetivas estandarizadas del tipo de exámenes de escogencia múltiple y en la valorización conceptual del estudiante. Es conveniente adicionar la observación continuada y progresiva del estudiante mediante el sistema tutorial. Es importante medir las actitudes y el desempeño. La coordinación de este trabajo debe ser efectuada por Comités de Promociones que practiquen vigilancia permanente, de manera que el estudiante sea advertido a tiempo de sus posibles fallas.

Para poder efectuar una evaluación legítima del aprovechamiento estudiantil, es importante analizar la enseñanza impartida, a través de los siguientes criterios:

a) Objetivos docentes de la Escuela.
b) El personal docente.
c) Los sistemas de enseñanza.
d) El contenido de la enseñanza.
e) Los recursos para la docencia.

Por la importancia de este tema algunos grupos sugieren que él sea estudiado completamente en una próxima Conferencia Hemisférica.

PREGUNTA Nº 5.

5. Cree usted que las Escuelas Médicas de países con escasos recursos materiales y humanos deben desarrollar programas de investigación?

Es indispensable, porque no puede haber docencia sin investigación. Los programas de investigación deben formar parte de las actividades de una Escuela de Medicina, al igual que la docencia y el servicio médico. En Latinoamérica existen Facultades de Medicina que cuentan con personal y equipo adecuado para la investigación pura, que deberán hacerla, siempre y cuando esté directamente relacionada con problemas y situaciones propias de su ambiente. Las Escuelas de Medicina que carecen de estas facilidades, deben estimular la investigación aplicada. El asistir a programas de investigación estimulará igualmente a los estudiantes, enseñándoles a emplear la metodología científica, desarrollando un sentido de responsabilidad y honestidad profesionales y la necesidad de conocer respuestas a problemas propios de la comunidad en que viven. Debe apoyarse también la conjunción docente-investigador.

Las consideraciones anteriores no deben apartar a las Escuelas de Medicina de su labor principal que es producir médicos generales para cubrir las necesidades del país.

5.1. En qué orden de prioridad?

Se deben preferir los programas de investigación que enseñen el método científico, se refieran a problemas de la comunidad y realicen tanto investigación clínica como investigación pura.

5.2. Creé usted que el ambiente de investigación constituye factor importante de progreso en las Escuelas Médicas para la enseñanza del método científico?

El ambiente de investigación está en proporción directa con el progreso de las Escuelas Médicas, siendo ésta una verdad que es también recíproca.

5.3. En qué proporción se hallan relacionadas en una Escuela Médica el ambiente para la investigación con la consecución y conservación de personal docente calificado?

Existe una proporción directa entre el ambiente para la investigación y la posibilidad de consecución y conservación de personal docente calificado. Este es, además, uno de los pocos mecanismos para retener al profesor de tiempo completo en las ciencias básicas.

PREGUNTA Nº 6.

6. En qué grado es recomendable o conveniente que en un país unas Escuelas de Medicina concentren sus esfuerzos en la preparación de personal de alta calidad e investigadores, y otras preparen el personal que con más urgencia demanda la comunidad para atender sus necesidades inmediatas?

No se considera recomendable la creación de una o varias Escuelas de alta jerarquía y otras exclusivamente dedicadas a la preparación del personal médico para atender las demandas de la comunidad. Las Facultades de Medicina tienen como función primordial la formación de excelentes médicos. Deben estar en capacidad, así mismo, de adiestrar educadores, investigadores y especialistas de alta calidad, sin que concentren sus esfuerzos en este grupo, que debe ser muy cuidadosamente seleccionado.

PREGUNTA Nº 7.

7. En qué forma el conocimiento de la situación de salud de una región determinada (demanda, personal de salud existente, facilidades) deben influir en la organización del Curriculum Médico?

Debe influir en forma directa a través de estudios epidemiológicos, los cuales serán tenidos en cuenta para determinar la ubicación, intensidad, contenido y modalidad en la enseñanza de las diversas disciplinas dentro del plan de estudios.

TOPICO IV:

Planeamiento de Nuevos Programas de Educación Médica.

PREGUNTA Nº 1

1. Dentro de los programas generales de desarrollo, y específicamente de salud, qué factores deben tenerse en consideración para aconsejar el establecimiento de nuevas Facultades de Medicina, y qué etapas previas a su creación deben seguirse para llegar a una apreciación tentativa del costo y del tiempo que habrán de emplearse en el establecimiento de una nueva Facultad de Medicina?

Solo en condiciones muy particulares debe aconsejarse la creación de nuevas Facultades de Medicina. Es preferible reforzar las existentes antes de crear nuevas. Deben excluirse, hasta donde sea posible, las influencias políticas en la determinación del sitio donde ha de fundarse la Escuela. Todos los estudios para fundación de una nueva Escuela de Medicina, deben de estar a cargo, primordialmente, de las Asociaciones de Facultades de Medicina.

Los **Factores** a tener en cuenta son los siguientes:

a) Necesidades reales de la región o país.

b) Estudio de los recursos y necesidades a nivel nacional.

c) Localización en zonas de población en creciente aumento y de desarrollo económico creciente.

d) Facilidades regionales, tales como existencia de: Universidad con Departamento de Ciencias Básicas Generales; Hospitales; Centros de Salud; y cuerpo médico idóneo y aprovechable para la Docencia.

e) Interés de la comunidad para contribuír a su creación y desarrollo.

f) Existencia de Facultades con excesivo número de alumnos.

g) Bajo nivel docente en otras Facultades para que sirva de estímulo y como escuela piloto, para elevar el nivel de las actuales.

h) Servicios de salud:

Distribución y utilización;

Sistemas de coordinación de los recursos.

i) Disponibilidad de fondos de inversión y sostenimiento continuado.

j) Disponibilidad de asistencia técnica adecuada a través de una institución calificada, por ejemplo, la Asociación Nacional de Escuelas de Medicina y/o la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.

k) Capacidad de cumplir con los requisitos mínimos establecidos.

Las **Etapas Previas** son las siguientes:

a) Definición de los objetivos de la Facultad

b) Realizar los siguientes estudios en el área:

Socio-económicos,

Culturales,

Demográficos,

Geográficos,

De Mortalidad,

De Morbilidad.

Estos estudios deben ser hechos por personal especializado y dedicación exclusiva. El costo y tiempo se deducirán de los estudios anteriores.

PREGUNTA Nº 2.

2. ¿Qué mecanismos son aconsejables para elevar el rendimiento académico de las Escuelas Médicas ya existentes y conseguir que su función sea más acorde con las metas del desarrollo?

Los mecanismos aconsejables son los siguientes:

a) Estructura docente-administrativa competente.

b) Selección apropiada de alumnos.

c) Adiestramiento y perfeccionamiento del personal docente a través de seminarios, programas pedagógicos y de intercambio.

d) Autoevaluación periódica.

e) Estrechar comunicación **profesor-alumno,** fortaleciendo una relación numérica adecuada a las facilidades de personal y equipo.

f) Incremento de la investigación.

g) Curriculum médico bien estructurado, de carácter dinámico, adaptado a las necesidades cambiantes de la educación médica.

h) Asesoría de Escuelas Médicas más evolucionadas o de organizaciones de salud con experiencia sobre desarrollo de la enseñanza.

i) Evaluación periódica de sus egresados, para apreciar su calidad. Un grupo evaluó el rendimiento cuantitativo con relación a la proporción de egresados respecto al número de ingresados. Se consideró aceptable el rendimiento entre 80 y 85% de egresados.

PREGUNTA Nº 3.

3. Las Escuelas Médicas desarrollan programas en organismos asistenciales de prevención, curación y rehabilitación. En qué forma deben participar las Escuelas Médicas en el control de la administración y prestación de dichos servicios para atender mejor sus necesidades de enseñanza e investigación?

La administración de organismos asistenciales está supeditada a las condiciones especiales de cada país. El Hospital Universitario debe ser administrado por la Universidad. Las relaciones con otras instituciones han de ser objeto de contrato entre las partes, teniendo en cuenta el beneficio mutuo. La financiación de las instituciones asistenciales es obligación de la sociedad servida. La Universidad tiene que prepararse para una nueva función: el control de los servicios médicos a la comunidad.

La administración del Hospital Universitario cuando éste no es propiedad de la Universidad, debe hacerse en forma coordinada entre la institución docente y los propietarios del hospital. La dirección científica debe estar en manos de la Facultad de Medicina. Las médicos del hospital deben ser los mismos docentes de la Facultad de Medicina.

Las Facultades de Ciencias de la Salud deben establecer escuelas para adiestramiento de administradores hospitalarios, preparando, asimismo, personal especializado en la administración de hospitales docentes.

PREGUNTA Nº 4.

4. En qué circunstancias o condiciones pudiera aceptarse la separación de la educación médica pregraduada, entre dos o más centros, uno para la enseñanza de Ciencias Básicas y otro para ofrecer el Adiestramiento Clínico?

Se considera como norma general que no es aconsejable, salvo casos excepcionales, separar la educación médica pregraduada en dos o más centros para la enseñanza de Ciencias Básicas y Adiestramiento Clínico. Su íntima relación y el criterio de integración sustentado anteriormente obligan a que sean enseñadas en un mismo centro.

Las condiciones de excepción serían áquellas en que una institución que no enseñe Ciencias Básicas, pero que tiene capacidad de Docencia Clínica, pueda impartir esta última enseñanza. En todos los casos la misma será impartida por personal docente perteneciente a la Escuela Médica, con el objeto de mantener coordinación de los planes educativos oficiales.

PREGUNTA Nº 5.

5. En qué áreas, y con qué extensión es recomendable el que los estudiantes que se dedican a las diferentes Ciencias de la Salud reciban instrucción en común?

Un solo grupo y un solo delegado creen que no es recomendable en ninguna área ni en ninguna extensión. El mismo grupo, sin embargo, considera conveniente la

creación de departamentos únicos que sirvan a estudiantes que se dediquen a diferentes ciencias de la salud. La mayoría de los grupos considera que se pueden utilizar los mismos recursos, pero que la enseñanza debe darse a distintos niveles y con diferente intensidad, según los requerimientos de cada una de las escuelas que integren las ciencias de la salud. Es requisito indispensable que estos recursos sean suficientes en cantidad y en calidad para que no descienda el nivel de la enseñanza. Asimismo, se recomienda una estrecha relación del personal de salud encargado de la enseñanza a distintos niveles, para que puedan entender los problemas de este tipo de trabajo.

La desigualdad de niveles educativos en las ramas técnicas y auxiliar no hace recomendable esta integración. Sin embargo, es conveniente que durante la práctica clínica, tanto las profesiones universitarias (Medicina, Odontología, Farmacia, Enfermería) como las técnicas, tengan programas de trabajo conjunto que faciliten la futura integración.

PREGUNTA Nº 6.

6. Qué criterios o principios deben fijarse para establecer una política regional sobre:

6.1. El intercambio de profesores entre diversos países.

6.2. El envío de graduados al exterior para entrenamiento.

El intercambio es altamente beneficioso y deseable, tanto dentro del mismo país como entre los países Latinoamericanos y entre éstos y los centros médicos de otras partes del mundo. En primer término, se debe utilizar el mercado común de ciencias de la salud dentro de un criterio regional, entendiéndose con esto, preferencialmente, los centros de adiestramiento situados en los países Latinoamericanos. Se debe dar prioridad a la preparación de profesores en los departamentos o materias menos desarrollados, utilizando como criterios objetivos las deficiencias numéricas y cualitativas de profesores y problemas de enseñanza que se intenten resolver.

El intercambio debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Necesidad absoluta de entrenar ciertos tipos de profesionales en centros más especializados.

b) Establecimiento de programas bien definidos.

c) Existencia de facilidades en el país de origen, que permitan el ejercicio de los conocimientos adquiridos en el exterior.

d) Conocimiento del medio social, cultural y económico en que se ha de actuar.

e) Estada limitada.

f) Dominio del idioma.

Corresponde a las Universidades estudiar los mecanismos para facilitar este intercambio, tales como estatutos que permitan al profesor universitario ausentarse de la institución conservando sus derechos, antigüedad, escalafón, etc.

Para el adiestramiento en el exterior es conveniente que se cumplan los siguientes requisitos:

a) Que el adiestramiento especializado no puede efectuarse en el país.

b) Que dicho adiestramiento esté de acuerdo con las necesidades de la Facultad y de la nación.

c) Definición de los objetivos perseguidos con el adiestramiento para determinar:

1) Calidad de la enseñanza que se va a recibir.

2) Lugar donde se va a efectuar el adiestramiento, y

3) Duración del adiestramiento.

Los centros muy especializados pueden ser utilizados para el adiestramiento de personal de varios países.

PREGUNTA Nº 7.

7. Qué implicaciones tiene, para un país determinado, el adiestramiento de personal de salud en otros países sobre la migración externa permanente del mismo?

El adiestramiento de personal de salud en países de niveles de vida superiores a las del país de origen, conduce a la pérdida de un gran porcentaje de esos becarios, generalmente los más capacitados, con el consiguiente daño intelectual, técnico y económico. El personal enviado por las Universidades o por los gobiernos al exterior debe firmar un contrato para que el becario se comprometa a cumplir determinado tiempo de trabajo en la institución o gobierno que la financia.

Por ello es preferible realizar dicho adiestramiento, de ser ello posible, en centros de países de niveles socio-económicos similares al país de origen.

PREGUNTA Nº 8

8. ¿Qué medidas serían aconsejables para evitar la emigración permanente del personal de salud?

Las medidas aconsejables son las siguientes:

a) Agotar las posibilidades locales de adiestramiento.

b) Desarrollar sistemas de financiación por medio de préstamos a nivel nacional.

c) Asegurar la posibilidad de empleo después del adiestramiento, incluyendo condiciones adecuadas de trabajo y remuneración.

d) Limitar las becas en áreas en que existan excedentes de personal adiestrado.

e) Que los candidatos hayan trabajado por un tiempo mínimo en la Escuela de Medicina, demostrando interés y capacidad para la docencia.

f) Concretar la instalación en Latinoamérica de los "Centros de Formación y Perfeccionamiento Científico y Docente para Profesores e Investigadores", de acuerdo con las decisiones de las I. II y IV Conferencias de Facultades Latinoamericanas de Medicina (1957, 1960 y 1964).

g) Que la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina y las Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina estudien la posibilidad de instituír mecanismos que aseguren el retorno del personal adiestrado a su país y escuela de origen. Se citó el ejemplo de la Comunidad Británica, que establece visas con duración limitada al período de adiestramiento.

Es conveniente la visita periódica de profesores calificados de países de más altos niveles económicos, culturales y sociales para dictar cursos y colaborar en investigaciones conjuntas, de modo de mantener en constante adiestramiento y superación al personal docente de las Facultades.

La "Primera Conferencia General de Educación Médica", se terminó de imprimir en Noviembre de 1968 en Antares - Tercer Mundo. Transv. 6ª Nº 27-10. Bogotá, D.E.

ANTARES - TERCER MUNDO, S. A.