

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

VII

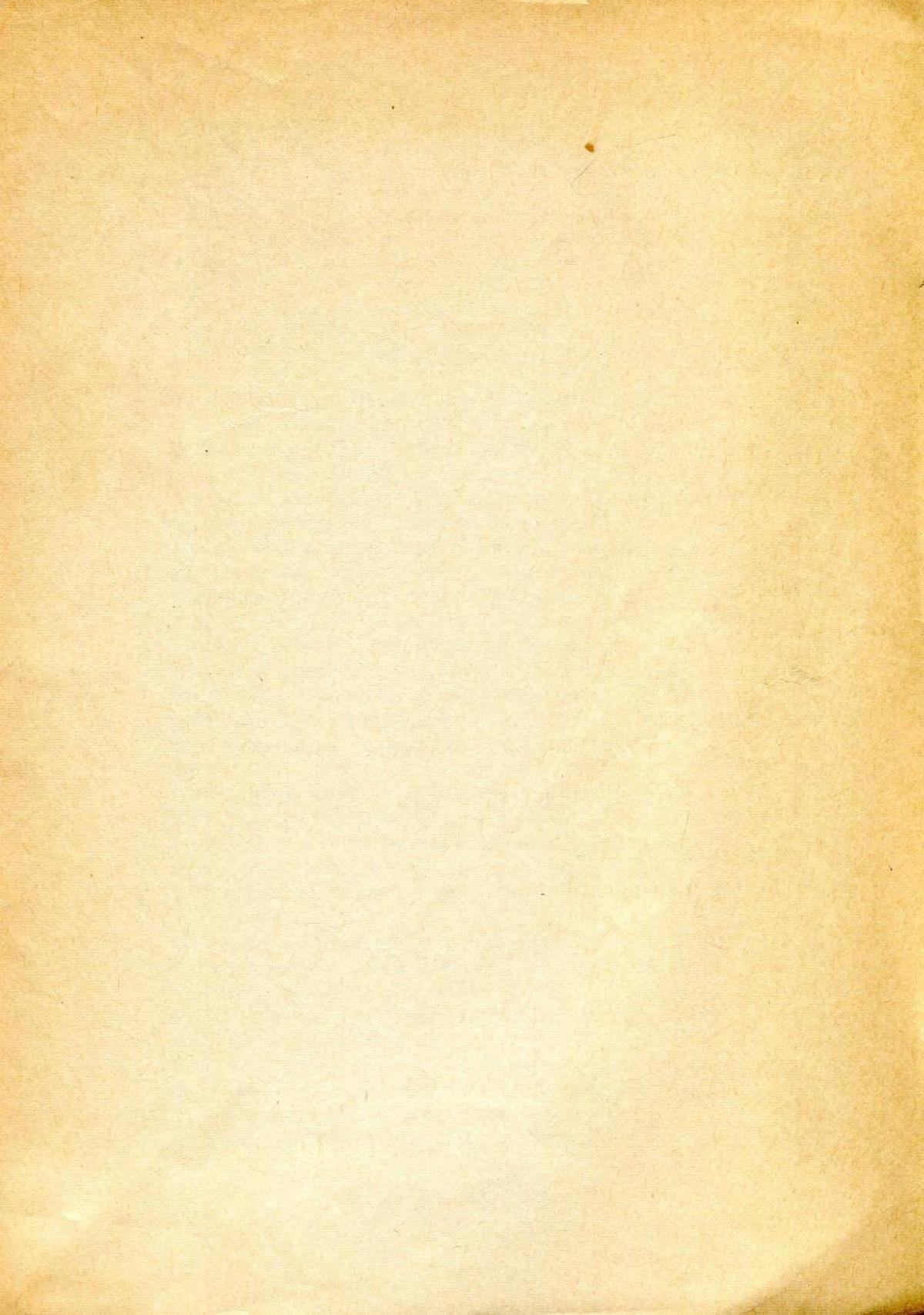
Conferencia de Escuelas  
de Medicina  
de América Latina

21-25 de noviembre de 1971

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DEL ZULIA  
Maracaibo, Venezuela

U D U A L  
Secretaría General  
México, 1972







**UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA**

**VII** Conferencia de Escuelas  
de Medicina  
de América Latina

21-25 de noviembre de 1971

**FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DEL ZULIA  
Maracaibo, Venezuela**

**U D U A L  
Secretaría General  
México, 1972**

UBOAL

R

750

C66 9Hlej 2

CLASF. \_\_\_\_\_

ADQ 502

PP3C. \_\_\_\_\_

FECHA 21-jun 91

PRECIO \_\_\_\_\_

Código de barras

CIDU 18030020

Nº de Inventario

20180300502

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

INDICE



## I N D I C E

	Pág.
Introducción .....	IX
Consejo Ejecutivo de la Unión de Universidades de América Latina ...	3
Organograma de la Comisión Organizadora .....	5
Comisión Organizadora .....	7
Comisión Organizadora Local .....	9
Informe de la Comisión Organizadora .....	11
Temas, Ponentes y Comentaristas Oficiales .....	15
Calendario .....	17
Informe de la Comisión de Credenciales .....	19
Sesión Preparatoria .....	25
Mesa Directiva .....	33
Acto de Instalación .....	35
Discurso del Gobernador del Estado del Zulia, Dr. Hilarión Cardozo.	40
Discurso del Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina .....	44
Discurso del Dr. José Ma. Delgado Ocando, Rector de la Universidad del Zulia y Cuarto Vocal Propietario de la UDUAL .....	46
Reglamento para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medi- cina de las Universidades afiliadas a la UDUAL .....	49
Reglamento Interno de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina .....	53
Primera Sesión Plenaria .....	57
Tema I: "La Investigación Científica como Factor Determinante en la Función Docente de las Escuelas de Medicina de Améri- ca Latina", Dr. José Laguna .....	61

	Pág.
Comentario Oficial al Tema I:	
Dr. Andrés Rotta y Dr. César Reynafarje .....	73
Dr. Tulio Arends .....	81
Sesión de Comisión No. 1 .....	91
Segunda Sesión Plenaria .....	97
Tema II: "La Integración de la Enseñanza con los Servicios Médicos y de Salud Pública. Estudios Nacionales y Regionales para la Realización de este Propósito, Prof. Alfredo Jadresic .....	99
Comentario Oficial al Tema II:	
Dr. Andrés A. Santas .....	147
Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz .....	161
Sesión de Comisión No. 2 .....	169
Tercera Sesión Plenaria .....	179
Tema III: "La Enseñanza de las Escuelas de Medicina de las Nuevas Disciplinas que Demanda la Vida Contemporánea", Dr. Heber Villalobos .....	185
Comentarios al Tema III:	
Dr. Geraldo Siffert .....	217
Dr. Eduardo Pelayo .....	227
Sesión de Comisión No. 3 .....	231
Cuarta Sesión Plenaria .....	241
Quinta Sesión Plenaria .....	249
Sesión de Clausura .....	251
Relato General .....	253
Acto de Clausura .....	265
Declaración .....	267
Apéndice 1: "Inmunología", Dr. Helman Serrano .....	271
Apéndice 2: "Medicina Preventiva y Social", Dr. Francisco Gómez Padrón .....	275
Apéndice 3: "Ingeniería Biomédica", Dr. Angel Brito .....	277
"Integración de la Enseñanza con los Servicios Médicos y de Salud Pública. Estudios Nacionales y Regionales para la Realización de este Propósito", Dr. Juan Alvarez Tostado .....	283

## INTRODUCCIÓN

La Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), cumpliendo fielmente sus Estatutos y lo dispuesto por la Asamblea Plenaria de Clausura de la VI Conferencia Latinoamericana de Escuelas de Medicina (Guatemala, 1969), ha auspiciado la celebración de una nueva Conferencia en la especialidad señalada; en esta oportunidad correspondió a Venezuela, y en particular a la Universidad del Zulia (Maracaibo), organizar y realizar el VII de estos eventos.

Un temario ambicioso que enfoca los aspectos de mayor interés en la problemática actual de salud —investigación, docencia y su integración con los servicios de salud y nuevas disciplinas contemporáneas— constituye el fundamento de esta VII Conferencia. Aun cuando los aspectos del temario arriba señalado fueron aislados para darles un mejor tratamiento, no significa esto la ausencia de un hilo conductor que unifica los tres puntos dándole coherencia al planteamiento de los temas y buscando arribar a conclusiones que sirvan realmente para estimular los cambios tan necesarios en la política de formación de profesionales de la salud, en el correcto enfoque de lo que se debe investigar y cómo hacerlo y en la búsqueda de una armonía entre los centros que forman esos profesionales y los organismos públicos encargados de planificarla.

Al lado de los métodos formales de discusión, la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina presenta, según se puede apreciar en el contenido de sus proposiciones y conclusiones, una posición filosófica de avanzada en relación con lo que deben ser los centros de formación de personal de salud —tanto de investigadores como de docentes, o administradores, etc.—, en países como los nuestros, ya que como bien lo señalan algunas de sus ponencias y comentarios oficiales el “poner de relieve algunos de los hechos más resaltantes del acontecer científico y realzar algunos de los *problemas* que se abren como consecuencia de ellos, pueden ayudar a interiorizar el imperativo de dar comienzo a las reformas que coloquen al médico latinoamericano en vías de cumplir su papel social en la América Latina que se perfila desde ya: científicamente sólida, tecnológicamente a la par del resto del mundo y socialmente reivindicadora de una estructura donde la Salud del Hombre sea su justificación”;<sup>1</sup> al mismo tiempo se ha cuidado de señalar, que no basta enfrentarse objetivamente a la “Revolución Científica y Tecnológica que se desarrolla a pasos de gigante en nuestro

siglo, por todos los de que de una manera u otra tienen la responsabilidad de orientar la política de educación en Ciencias para la Salud",<sup>2</sup> sino que en países subdesarrollados como los latinoamericanos, las barreras a superar —quizás las más difíciles— son también de carácter subjetivo. El médico debe adquirir una "dimensión integral del hombre",<sup>3</sup> para que no solamente sea un excelente *técnico*, sino para que a través de la búsqueda de una nueva síntesis de lo biológico, lo psíquico y lo social",<sup>4</sup> pueda encontrar respuesta, "fuera de las comprobaciones empíricas sectoriales al gran tema totalizador de la filosofía actual: EL HOMBRE. Para el médico esto es fundamental: una concepción integral de la naturaleza, la vida, la sociedad y el hombre en particular, que pueda orientarlo en el angustioso trance de la objetivación de las nuevas concepciones científicas y tecnológicas en hombres concretos, y en la adecuación de sus sentimientos y valores a la realidad que se le abre respecto a esos hombres".<sup>5</sup>

Las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina tienen el insoslayable deber de estar al día con los cambios revolucionarios que se vienen operando en la ciencia, en la tecnología y en la sociedad contemporánea, y la tremenda responsabilidad de la formación del *médico nuevo*, sobre el cual repercuten complejamente esas realidades y los requerimientos de una población mundial que clama por servicios médico-asistenciales.

Si realmente se aceptan estas proposiciones, una cuestión básica de primer orden debe ser la *reestructuración del currículum* de la educación médica, lo cual plantea, a su vez, la revisión crítica de las viejas disciplinas para poder incluir los nuevos conocimientos que demanda la vida contemporánea; conjuntamente con esto, debe lograrse la participación de los profesores tradicionalistas que encarnan el viejo espíritu médico, ("Es necesario incorporarlos a las corrientes renovadoras del pensamiento que se nutren de la revolución en las ciencias, de tal modo que puedan comprender el alcance del giro copernicano que ha ocurrido en la biología médica e incorporarse conscientemente al desarrollo científico de las estructuras académicas").<sup>6</sup>

Por otra parte, el pensamiento renovador debe abarcar también las esferas de la investigación; ésta no puede seguirse considerando como un ente aislado de la docencia, y viceversa, "los terrenos propicios para la investigación deben ser todos los que comprenden los campos formativos de la carrera"<sup>7</sup> del futuro médico y entre sus objetivos las metas deben definirse claramente, pues la cuestión no radica solamente en el progreso de la propia medicina o en la actitud intelectual que adquiera el investigador —aspectos muy importantes, por cierto—, sino que debe ir más allá, hacia la problemática real de cada región y como formadora de los científicos que nuestras sociedades, en una era de transformación, están reclamando.

El temario de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina continúa avanzando a través de la docencia y la investigación para recalcar la "necesidad de desarrollar la enseñanza dentro de los servicios médicos, no sólo porque éstos proveen el material indispensable para el adiestramiento, sino por el beneficio que a ellos representa la participación en sus actividades de los elementos universitarios, tanto de docentes como de alumnos";<sup>8</sup> con esta vinculación, las Facultades de Medicina pueden

llegar a tener una mejor visión de los problemas de salud. El Dr. Ramón Villarreal,\* en su comentario especial al Tema II, señala la importancia de que los organismos gubernamentales encargados de ofrecer los servicios de salud coordinen sus programas de desarrollo con aquellas entidades que van a facilitarles recursos humanos para obtener los fines establecidos en los referidos programas, de esta manera, agregamos nosotros, se complementan y aprovechan los grandes recursos, tanto materiales como espirituales, necesarios para atender a las demandas médico-asistenciales, los cuales podrán ser incrementados en la medida en que avancen el desarrollo científico y tecnológico, el desarrollo económico y el desarrollo social, hasta llegar al momento en que la prestación de los servicios médicos sea una tarea que la sociedad toda tome a su cargo: "...el mayor beneficio mutuo se obtendrá cuando toda la población tenga acceso a un sistema de atención médica integral, igualitaria, y cuando todos los estudiantes idóneos tengan acceso a las Facultades de Medicina sin otras limitaciones que las determinadas por los planes de salud".<sup>9</sup>

No se ha olvidado plantear también, la responsabilidad que deben compartir tanto las Facultades como los organismos encargados de prestar los servicios de salud, en cuanto a la enseñanza de postgrado, tanto para la formación de especialistas como para perfeccionar continuamente al graduado; ello implica la necesidad de que se dispongan de centros hospitalarios de buen nivel y organizados dentro de un sistema de regionalización docente-asistencial.

Son muchos y variados los aspectos que se derivan de los tres temas centrales abordados en la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, auspiciada por la UDUAL, pero creemos que lo básico y fundamental de ella ha sido el intento de sembrar la inquietud por transformar el enfoque de la educación y la investigación médica, su adecuación a las realidades latinoamericanas y a los programas de salud; por elevar el "nivel de atención de salud de nuestros pueblos... de hacer avanzar científicamente" la medicina y todas las ciencias de la salud, de preocuparnos por servir al bienestar social de la humanidad y de confraternizar con gentes de esos mismos pueblos para intercambiar experiencias y conocer más a fondo los problemas comunes.

Es nuestro mayor anhelo que todo lo anterior no quede como lo expresa el Relator General, Dr. Pablo Carlevaro, sólo "expresión de deseos o como formulaciones lógicamente enunciadas y correctamente escritas", sino, "que en función de todo eso, seamos capaces de formar efectivamente en nuestras Facultades y Escuelas, médicos que —además de técnicos científicamente preparados— sean hombres sólo y verdaderamente comprometidos con su gente, con su tierra y con su tiempo, que si se han hecho médicos, no lo ha sido para lucro, relevancia o gloria, sino para ser más eficaces en su condición de herramientas humildes de servicio social".<sup>10</sup>

## LA COMISIÓN ORGANIZADORA

\* Jefe, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, Washington, D. C.

## NOTAS

1 VILLALOBOS, H. "La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea". Tema III.

2 PELAYO, E. Comentario oficial al Tema III.

3 PELAYO, E. Ibidem.

4 VILLALOBOS, H. Ibidem.

5 VILLALOBOS, H. Ibidem.

6 VILLALOBOS, H. Ibidem.

7 LAGUNA, J. "La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica", Tema I.

8 JADRESIC, A. "La integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública". Tema II.

9 JADRESIC, A. Ibidem.

10 CARLEVARO, P. "Relato General", VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina.

VII CONFERENCIA DE ESCUELAS DE MEDICINA  
DE AMÉRICA LATINA



# UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

## CONSEJO EJECUTIVO

**PRESIDENTE:** Dr. Rafael Kasse-Acta,  
rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.  
Santo Domingo, República Dominicana.

**PRIMER VICEPRESIDENTE:** Dr. Carlos Tünnermann Bernheim,  
rector de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.  
León, Nicaragua.

**SEGUNDO VICEPRESIDENTE:** R. P. Fernando A. Storni, S. J.,  
rector de la Universidad Católica de Córdoba.  
Córdoba, Argentina.

**TERCER VICEPRESIDENTE:** Ing. Oscar J. Maggiolo,  
rector de la Universidad de la República.  
Montevideo, República Oriental del Uruguay.

## VOCALES PROPIETARIOS

**PRIMERO:** Dr. Raúl Allard Neumann,  
rector de la Universidad Católica de Valparaíso.  
Valparaíso, Chile.

**SEGUNDO:** Dr. Rafael Cuevas del Cid,  
rector de la Universidad de San Carlos.  
Guatemala, C. A.

**TERCERO:** Dr. José Manuel Delgado Ocando,  
rector de la Universidad del Zulia.  
Maracaibo, Venezuela.

**CUARTO:** Dr. Felipe Mac Gregor,  
rector de la Pontificia Universidad Católica del Perú.  
Lima, Perú.

**SECRETARIO GENERAL:** Dr. Efrén C. del Pozo.

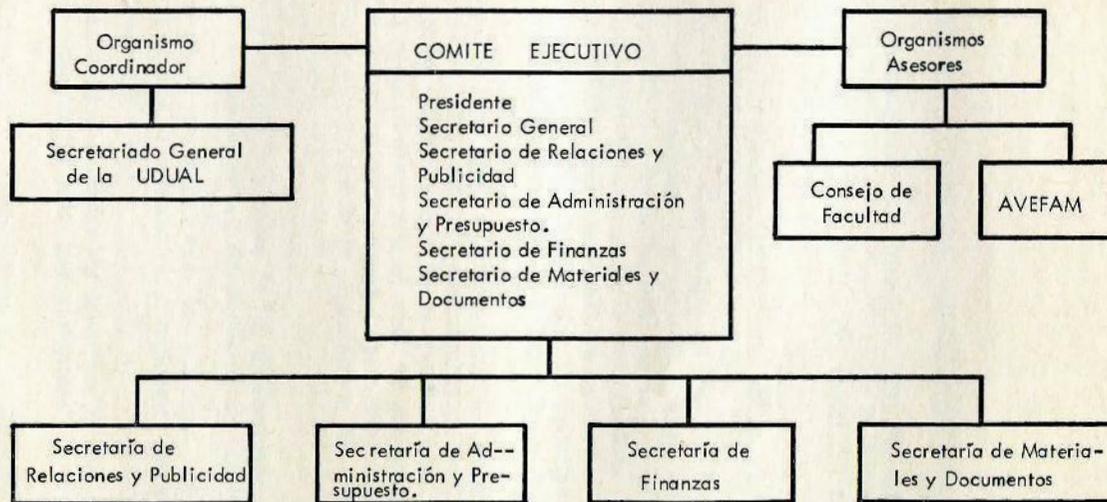
## VOCALES SUPLENTE

**PRIMERO:** Dr. Arturo Dibar,  
rector de la Universidad Centroamericana.  
Managua, Nicaragua.

SEGUNDO: Dr. José Manuel Miyar Barruecos,  
rector de la Universidad de la Habana.  
La Habana, Cuba.

TERCERO: Dr. Melchor Díaz Rubio,  
rector de la Universidad Michoacana de San  
Nicolás de Hidalgo.  
Michoacán, México.

ORGANOGRAMA DE LA COMISION ORGANIZADORA



Cada Secretaría está integrada por tres Miembros uno de los cuales es el Secretario correspondiente.



## COMISIÓN ORGANIZADORA

Dr. Heber Villalobos	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.
Dr. Luis G. Moreno Guerra	Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.
Dr. Luis Wanderlinder	Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.
Dr. Efrén C. del Pozo	Secretario General de la UDUAL.



## COMISIÓN ORGANIZADORA LOCAL

Presidente:	Dr. Heber Villalobos
Secretario General:	Dr. Luis F. Wanderlinder
Secretaría de Finanzas:	Dr. Luis Moreno Guerra (Principal) Dr. Luis Parodi (Adjunto) Dr. Rafael de Carlo Méndez (Adjunto)
Secretaría de Relaciones y Publicidad:	Dr. Humberto Fernández Auvert (Principal)
Secretaría de Administra- ción y Presupuesto:	Dr. Luis Soto Pirela (Principal) Dr. Jorge Herrera (Adjunto) Dr. Vinicio Paz Araviche (Adjunto)
Secretaría de Materiales y Documentos:	Dr. Armando Soto Escalona (Principal) Dr. Enrique Villasmil (Adjunto) Dr. Rafael Díaz (Adjunto)

## COORDINACIÓN:

Secretaría General de la UDUAL:	Dr. Efrén C. del Pozo (Secretario) Lic. Pedro Rojas (Coordinador de Conferencias) Ec. Juan F. Castellanos
Asesoría:	Consejo de la Facultad de Medicina (LUZ) Directiva de la Asociación Venezolana de Fa- cultades (Escuelas) de Medicina.



## INFORME DE LA COMISIÓN ORGANIZADORA

(Presentado por su Presidente, Dr. Heber Villalobos, en la sesión preparatoria efectuada el domingo 21-11-71, en el Salón Capitán Chico del Hotel del Lago, Maracaibo, Venezuela).

Por decisión de la Asamblea Plenaria de Clausura de la VI Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, realizada bajo los auspicios de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en 1969, le fue conferido a Venezuela el honor de ser designada sede para la realización de la VII Conferencia. Posteriormente la Secretaría General de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), ratificó esa designación, y la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina (AVEFAM), seleccionó a nuestra Facultad como sede de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina y al Decano de ella, Presidente de la Comisión Organizadora.

En el mes de abril de 1970 tuvo lugar la primera reunión en la Secretaría General de la UDUAL, en México, entre representantes de ese Organismo y Miembros de la Comisión Organizadora de la Conferencia; en ella se señaló: 1º) Temario; 2º) el mecanismo por el cual se nombrarían los ponentes y comentaristas oficiales; 3º) normas para la presentación de trabajos oficiales y 4º) los detalles preliminares de la organización. El Temario comprendió tres puntos:

TEMA I: "La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica".

TEMA II: "Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito".

TEMA III: "La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea".

Ya en Maracaibo, se procedió a la ampliación de la Comisión Organizadora, precisando sus funciones. Se elaboró el programa-presupuesto, se designaron los servicios administrativos y se estableció todo aquello cuanto pudiese contribuir al mejor desarrollo de los objetivos propuestos.

Por acuerdo mutuo de la Secretaría General de la UDUAL y la Comisión Organizadora, se procedió a invitar a personalidades miembros de instituciones afiliadas, para desarrollar los temas objeto de la VII Conferencia, así como a los comentaristas oficiales de los mismos; a tales efectos fue invitado el Dr. Bernardo Houssay, de Argentina, a que desarrollara la ponencia central sobre el Tema I; su precario estado de salud le impidió realizar ese encargo; es así, que cursamos invitación al Dr. José Laguna, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, a que nos honrara elaborando la referida ponencia. El Dr. Laguna aceptó gustosamente llenar este cometido.

Los comentaristas oficiales invitados para el Tema I, fueron los doctores Félix Pifano, Director del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela y Andrés Rotta, Director del Programa Académico de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú; el Dr. César Reynafarje, de esta misma Universidad colaboró con el Dr. Rotta en la realización del referido comentario.

El Dr. Félix Pifano presentó sinceras excusas por no estar en disposición de realizar el comentario y la Comisión Organizadora, de común acuerdo con la Secretaría General de la UDUAL profesor agregado de la Universidad Central de Venezuela, Cátedra de Medicina III en la Facultad de Medicina y Jefe del Laboratorio de Hematología Experimental del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) para elaborar el comentario sobre el Tema I. Proposición que fue aceptada gentilmente por el Dr. Arends.

Para el Tema II se invitó como ponente oficial al Dr. Alfredo Jadresic, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y como comentaristas oficiales del mismo, a los doctores Andrés A. Santos, Ex-Rector de la Universidad de Buenos Aires y actual Presidente de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), y al Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Como ponente oficial para el Tema III fue invitado el Dr. Heber Villalobos, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia quien contó con la valiosa colaboración de un equipo de especialistas en diversas disciplinas y especialidades, y los comentaristas que aceptaron gustosamente la invitación, fueron los doctores Raúl Dorticós Torrado, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana y Gerardo Siffert, Director (Decano) del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil. Posteriormente el comentario oficial, correspondiente a Cuba, fue elaborado por el Dr. Eduardo Pelayo, Director del Instituto de Ciencias Básicas "Victoria Girón", de la Facultad de Ciencias Médicas, antes señalada.

Las fechas originales para presentación de trabajos, ponencias y comentarios fueron ampliadas para dar oportunidad a las Instituciones afiliadas de que colaboraran con los ponentes y comentaristas designados al efecto.

A pesar de esto, para la fecha de recepción de los trabajos oficiales (28-2-71), sólo recibimos un trabajo sobre el Tema II y dos sobre el Tema III, procedentes de la Universidad del Zulia. Con posterioridad se recibieron dos trabajos oficiales de la Universidad de Concepción, en Chile y uno de la Universidad de Oriente, en Cuba.

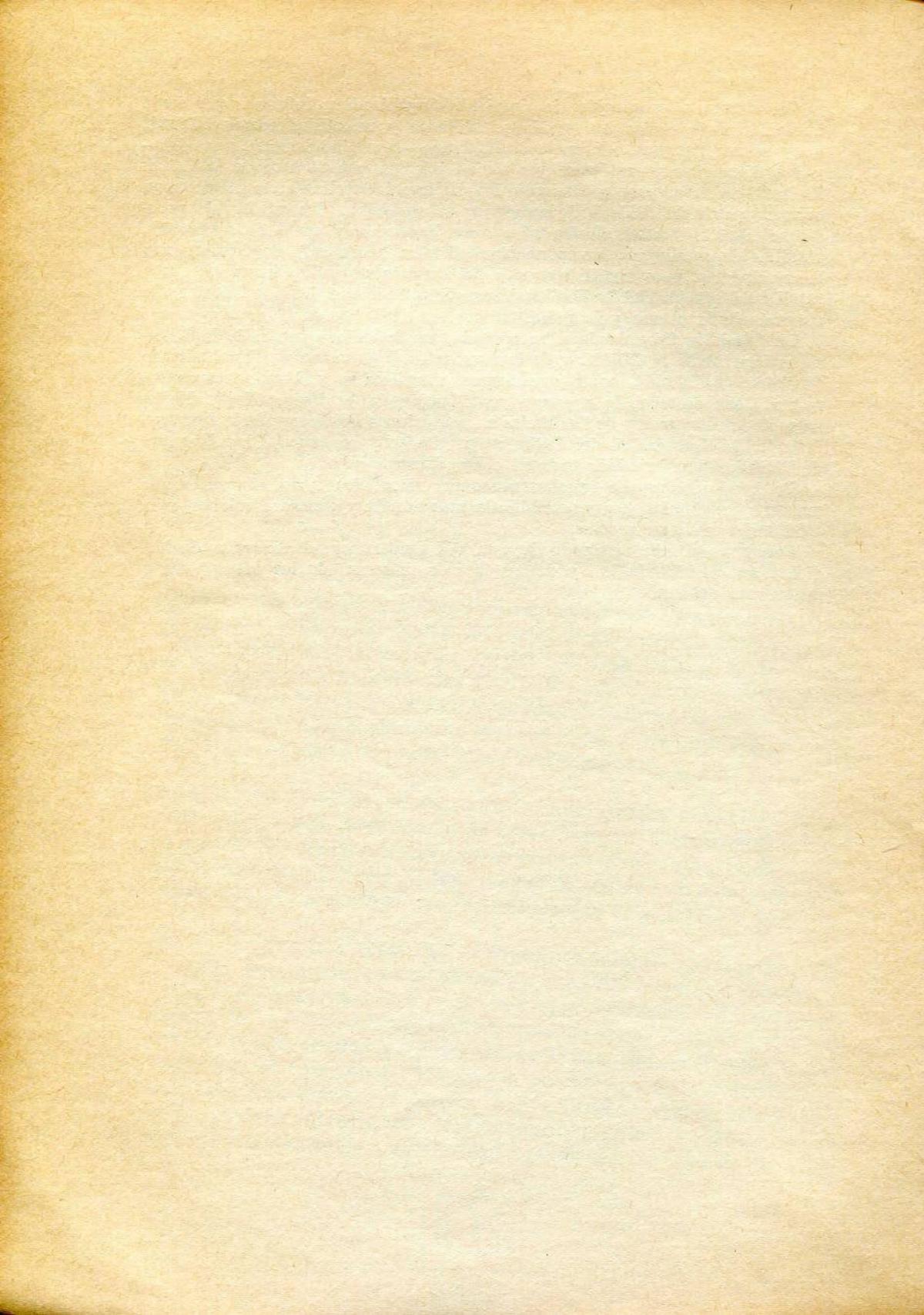
En cuanto a promoción, la Comisión Organizadora informa que envió invitación a todas las Universidades afiliadas y no afiliadas a la UDUAL, que tuviesen Facultad o Escuela de Medicina —aproximadamente unas 140— y a instituciones y entidades que tienen relación con el área de la Salud. En total se redactaron y enviaron 768 oficios; 1500 circulares; se editaron ocho números del Boletín Informativo; se realizaron dos ruedas de prensa; se editó un cartel alusivo al evento; impresión y envío de distintivos, planillas de pre-inscripción, ponencias oficiales, realización de Conferencias Promocionales, información a través del servicio de radioaficionados como gentil colaboración del Radio-Club Venezolano, Seccional Zulia, e información a través de la prensa y la radio.

La Comisión Organizadora ha contado con la valiosa ayuda de la Secretaría General de la UDUAL y de la Asociación Venezolana de Facultades de Medicina (AVEFAM), como organismos coordinados y Asesor, respectivamente. Cabe destacar la generosa contribución de las Universidades Nacionales de nuestro país y de Entidades e Instituciones Públicas y de la Empresa Privada; la Universidad del Zulia, en particular y en especial, su Facultad de Medicina, han brindado todo su apoyo a este evento.

De igual manera, de muchas personas, vinculadas o no, al proceso de nuestras actividades, hemos recibido la más amplia y generosa colaboración.

A todos, muchas gracias.

Deseamos el feliz resultado de esta VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina y damos la más fraternal de las bienvenidas a nuestros visitantes.



## TEMAS, PONENTES Y COMENTARISTAS OFICIALES

### TEMA I:

“La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica”.

### PONENTE OFICIAL:

*Dr. José Laguna*

Director, Facultad de Medicina de la Univ. Nal. Aut. de México.

### COMENTARISTAS OFICIALES:

Equipo de Profesores del Programa Académico de Medicina de la Univ. Mayor de San Marcos de Lima, Perú.  
a/c. Dr. Andrés Rotta, Director.

*Dr. Tulio Arends:*

Profesor Agregado, Cátedra de Medicina III de la Fac. de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

### TEMA II:

“Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito”.

### PONENTE OFICIAL:

*Dr. Alfredo Jadresic*

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### COMENTARISTAS OFICIALES:

*Dr. Andrés Santas*

Rector de la Universidad de Buenos Aires y Presidente de la FEPAFEM.

*Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz*

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

*TEMA III:*

"La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea".

*PONENTE OFICIAL:*

*Dr. Heber Villalobos*

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia.  
Maracaibo, Venezuela.

*COMENTARISTAS OFICIALES:*

*Dr. Eduardo Pelayo*

Director del Instituto de Ciencias Básicas "Victoria de Girón"  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de La Habana, Cuba.

*Dr. Geraldo Siffert*

Director (Decano) del Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil.

## CALENDARIO

- Domingo 21*            Inscripción de Delegados.
- Lunes 22*
- 9:00 hs.            Sesión Preliminar.  
11:00 hs.            Sesión solemne inaugural.  
15:30 hs.            Primera Sesión Plenaria.  
Elección de Mesa Directiva. Discusión y aprobación en su caso del Reglamento General de las Conferencias de Escuelas de Medicina presentado por la Secretaría General de la UDUAL, Presentación de los trabajos y comentarios oficiales del Tema I. Discusión en lo general.
- Martes 23*
- 9:00 hs.            Segunda Sesión Plenaria.  
Presentación de los trabajos y comentarios oficiales del Tema II. Discusión en lo general.  
11:00 hs.            Tercera Sesión Plenaria.  
Presentación de los trabajos y comentarios oficiales del Tema III. Discusión en lo general.  
15:30 hs.            Sesión de Comisiones.
- Miércoles 24*
- 9:00 hs.            Sesión de Comisiones.  
15:30 hs.            Trabajo de Relatores.  
15:30 hs.            Cuarta Sesión Plenaria.  
Discusión del Relato del Tema I.  
Discusión del Relato del Tema II.  
Quinta Sesión Plenaria.  
Discusión del Relato del Tema III.
- Jueves 25*
- 18:30 hs.            Sesión de Clausura.



## INFORME DE LA COMISIÓN DE CREDENCIALES

Los suscritos Miembros de la Comisión dictaminadora de Credenciales constituida de acuerdo con las especificaciones del Reglamento para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las Universidades afiliadas a la UDUAL, reunidos hoy veintiuno de noviembre de mil novecientos setenta y uno en la ciudad de Maracaibo, Venezuela, hemos examinado las inscripciones de los concurrentes a la VII Conferencia de las Escuelas de Medicina de las Instituciones que se han presentado hasta el día de hoy para concurrir, presenta a la consideración de la sesión preparatoria de la referida Conferencia: Son Delegados a la Conferencia de acuerdo con el Artículo 4º del Reglamento las siguientes personas:

### DELEGADOS:

#### NOMBRE

#### INSTITUCIÓN

##### DOCTORES

Rosales Albano, José N.	Universidad Central de Venezuela
Restrepo Molina, Jorge	Universidad de Antioquia — Colombia
Cucervo Trujillo, Carlos	Universidad Nacional — Colombia
Monge Epeñeira, Juan I.	Universidad Católica — Chile
Kiechle Aular, Waldemar	Universidad de Oriente — Venezuela
Cruz Rincón, Jaime	Universidad del Valle — Colombia
Hernández B. Manuel	Universidad de los Andes — Venezuela
González, Carlos Luis	Universidad de los Andes — Venezuela
Schiappacasse Ferretti, Elso A.	Universidad de Concepción — Chile
Darricarrere Torbalay, Rafael	Universidad de Concepción — Chile
Sollet Guilarte, Roberto	Universidad de La Habana — Cuba
Avalo Pina, José Luis	Universidad de Oriente — Cuba
Smith Smith, Varan V.	Universidad de Oriente — Cuba
Manzanilla, Luis Manuel	Universidad Central de Venezuela
Almendares, Juan	Univ. Nal. Aut. de Honduras
Hernández, Estela	Universidad Central de Venezuela
Rodríguez Domínguez, José	Universidad Nacional Autónoma de México — México.
Alvarez Manilla, José Manuel	Universidad Nacional Autónoma de México — México.

## N O M B R E

### DOCTORES

Pérez Tineo, Héctor  
Torres Núñez, Ildemaro  
Noguera, Alberto  
Yépez Villalba, Eduardo  
Yépez Miño, Rodrigo  
Carlevaro Bottero, Pablo V.  
  
Puchi F., José A.  
De Camps, Víctor Manuel  
  
Bonomie, Justo Miguel  
Rotta Oliveros, Andrés  
  
Reynafarje, César  
  
Sifontes, José  
Pelayo González, Eduardo J.  
Siffert, Geraldo  
  
Arends, Tulio  
Laguna, José  
  
Santas, Andrés A.  
Alvarez Tostado M., Juan  
  
Gutiérrez Sáenz, Rodrigo  
Mora La Cruz, Eduardo E. (Br.)  
  
Gómez Padrón, Francisco  
Núñez Colmenares, Ramón E.  
(Br.)  
Negrette, Américo  
Serrano, Helman  
Olivares Romero, Gilberto J.  
Quevedo Puche, Rafael  
Márquez Montilla, Rafael A.  
Márquez Martínez, Paulo E.  
Troconis García, Gustavo

### I N S T I T U C I Ó N

Universidad de Oriente — Venezuela  
Universidad de Oriente — Venezuela  
Universidad de los Andes — Venezuela  
Universidad Central del Ecuador  
Universidad Central del Ecuador  
Universidad de la República — Uruguay.  
Universidad Central de Venezuela  
Universidad Autónoma de Santo Domingo.  
Universidad de los Andes — Venezuela  
Universidad Nacional Mayor — San Marcos — Lima, Perú.  
Universidad Nacional Mayor — San Marcos — Lima, Perú.  
Universidad de Puerto Rico  
Universidad de La Habana  
Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro — Brasil.  
Universidad Central de Venezuela  
Universidad Nacional Autónoma de México.  
Universidad de Buenos Aires  
Secretaría de Salubridad y Asistencia — México.  
Universidad de Costa Rica  
Universidad del Zulia — Presidente del Centro de Estudiantes.  
Universidad del Zulia  
Universidad del Zulia — Centro de Est.  
Universidad del Zulia — Inst. de Inv.  
Universidad del Zulia  
Universidad del Zulia

## I N V I T A D O S E S P E C I A L E S

### DOCTORES

Mayz Lyon, J. J.  
  
Villalobos, Heber

### I N S T I T U C I Ó N

Ministro de Sanidad  
Representante del Presidente de la República.  
Universidad del Zulia

## DOCTORES

Villarreal, Ramón  
De León M., Julio  
Vasconcelos A., Rubén  
  
Del Pozo, Efrén  
Campos Giral, Reinaldo  
Borges Duarte, Luis Gmo.  
Díaz Valbuena, Rafael Angel  
  
Soto Pirela, Luis  
  
Vázquez Restrepo, Bernardo  
Herrera Cepeda, Jorge Isaac  
Castellanos E. Juan Fco.  
Villasmil U., Enrique  
Fernández Auvert, Humberto  
Casas Rincón Vinicio  
Moreno Guerra, Luis G.  
Wanderlinder, Luis  
Iturbe, Pedro

## INSTITUCIÓN

Organización Mundial de la Salud  
Washington — D. C.  
ACAFAM — Costa Rica  
Facultad Nacional de Medicina — Mé-  
xico.  
UDUAL — Secretario General  
Universidad Central de Venezuela  
Universidad del Zulia  
Universidad del Zulia — Comisión Or-  
ganizadora.  
Universidad del Zulia — Comisión Or-  
ganizadora.  
Caracas  
Universidad del Zulia  
UDUAL — Secretario Adjunto  
Universidad del Zulia  
Universidad del Zulia  
Hospital Universitario  
Universidad del Zulia  
Universidad del Zulia  
Universidad del Zulia

## OBSERVADORES

Ferro Rangel, Jorge  
Gámez Galán, Alirio  
  
García Silva, Jorge  
Lara Pantin, Eleazar  
  
Ariza Macías, Jaime  
Clemente, Antonio  
Giraldo, Luis Ernesto  
Barreto, Rafael Angel  
  
Osuna, Aníbal  
Díaz Guzmán, Joffre A.  
Garrido de Armas, Tibaldo  
Vera, Jorge  
Del Valle Sánchez, Joaquín  
Viera Guerrero, Humberto  
  
Arape García, Romer  
Aparicio Jaramillo, Arturo  
  
Zapata E., Carlos  
  
Salom Gil, Ricaurte

Universidad Industrial — Colombia  
Universidad Industrial de Santander,  
Colombia.  
FEPAFEM — Colombia  
Instituto Nacional de Nutrición — Ca-  
racas.  
OPS/OMS — Puerto Rico  
Universidad Central de Venezuela  
Oficina Sanitaria Panamericana  
Federación Médica Venezolana — Ca-  
racas.  
Representante del MSAS  
Universidad Central de Venezuela  
AVEFAM — Caracas  
Universidad de Carabobo — AVEFAM  
Universidad de Coahuila — México  
Representante de la Federación Mé-  
dica Venezolana.  
Representante del MSAS  
Universidad del Rosario — Bogotá,  
Colombia.  
Universidad Centro Occidental — Ve-  
nezuela.  
Hospital Universitario MCBO. (MSAS)

## OBSERVADORES

Torrealba S., Mercedes	Universidad del Zulia
Pulgar Morillo, Marcelino	Representante Academia Nal. de Medicina.
Estrada D., Gregorio	Hospital General del Sur
Nava, Francisco Solano	Universidad del Zulia
Jiménez Liscano, Alirio	Hospital Universitario
García Díaz, José L.	Academia Nacional de Medicina
Mazzei de González, Nelly	Oficina de Educación Médica
Castrejón Sandoval, Orlando	Universidad del Zulia
Gaskin de Urdaneta, Alvia	Universidad del Zulia
Navarro Alemán, Alirio	Universidad del Zulia
Urrutia Urdaneta, Marco Tulio	Universidad del Zulia
Gómez Ocando, Félix Alí (Br.)	Universidad del Zulia (Centro de Es.)
Valbuena G., Carlos Guillermo	Direc. Centro Médico "Norte" IVSS
Nava A. Héctor	Universidad del Zulia
López García, Víctor	Jefe Serv. Cooperativo Salud Zulia
Rincón Carroz, Herminio	Universidad del Zulia
Hernández Pircla, Rafael S.	Universidad del Zulia
Montes de Vargas, Gladys	Colegio de Médicos — Edo. Zulia
León Luzardo, Manuel	Universidad del Zulia
Hernández D'Empaire, José	Universidad del Zulia
Cárdenas Padrón, Nelson	Universidad del Zulia
Pereira Soto, Guillermo A.	Clínica de ojos
Molina, Enrique	Universidad del Zulia
Quintero Atencio, Jorge Alberto	Universidad del Zulia
Pons, Adolfo	Universidad del Zulia
Parejo González, Luis Alberto	Hospital Universitario de Maracaibo
Padilla de Urbano, Ligia	Universidad del Zulia
Balza Rincón, Fulvio	I.V.S.S.
Casas Armengol, Miguel	Universidad del Zulia (Arquitectura)

INFORME DE LA COMISIÓN DE CREDENCIALES  
(Hasta las 6:00 p.m. del 22-11-71)

DELEGADOS OFICIALES .....	48
INVITADOS ESPECIALES .....	20
OBSERVADORES .....	47
T O T A L .....	<u>115</u>

Dr. Efrén C. del Pozo

Dr. Heber Villalobos

Dr. Luis F. Wanderlinder



## SESIÓN PREPARATORIA

*domingo 21 de noviembre de 1971.*

La sesión preparatoria de la VII CONFERENCIA DE ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA, tuvo lugar el día 21 de noviembre de 1971, y dio comienzo a las 6:45 p.m. en el Salón Capitán Chico del Hotel del Lago en la ciudad de Maracaibo.

El Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) toma la palabra e informa que de acuerdo con los Estatutos y Reglamentos, esa sesión preparatoria y solamente esa, es presidida por un miembro del Consejo Ejecutivo de la Unión; por esa razón, se encuentra en la presidencia por breves minutos. Sigue diciendo que forman parte de la Mesa Directiva, también de acuerdo con los mismos Estatutos y Reglamentos, el Presidente y el Secretario General de la Conferencia, en este caso, los doctores Heber Villalobos y Luis Felipe Wanderlinder.

El Dr. del Pozo señala que no podría seguir adelante sin expresar de modo inmediato el reconocimiento profundo de la Unión de Universidades de América Latina para la Universidad del Zulia y en particular, para la Comisión Organizadora de esta Conferencia, la que ha sido un modelo de organización. Desde hace ya largo tiempo, casi dos años, que estuvo el Dr. Villalobos en la sede de la Secretaría General de la UDUAL, para dar los primeros pasos sobre la organización de la Conferencia, y desde entonces ha sido el contacto íntimo y el trabajo continuo y bien coordinado; de manera que, a nombre del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, expresa el agradecimiento a la Comisión Organizadora y a la Universidad del Zulia, Institución que ha prestado servicios eminentes a la Unión de Universidades de América Latina, para la organización de Conferencias dentro de nuestro Organismo.

Informa también que se distribuyó con suficiente anticipación, a todas las Universidades, el Proyecto de Reglamento para las Conferencias de Facultades y Escuelas de Medicina de las Universidades afiliadas a la UDUAL. Existía un Reglamento previo, que en cada nueva Conferencia se revisaba o se adaptaba para ese evento. Ahora se ha pensado que era muy conveniente para el trabajo ulterior, tener un Reglamento debidamente elaborado, debidamente estudiado, en el cual han trabajado intensamente el Dr. Heber Villalobos y el distinguido grupo de sus colaboradores, conjunta-

mente con la Secretaría General de la UDUAL, y este Reglamento que se ha distribuido a ustedes. Se pone a consideración de la Asamblea si hay alguna observación que hacer con respecto a dicho Reglamento o si se considera conveniente que se lea, o aprobarlo tal como ha sido presentado, ya que el mismo fue distribuido con suficiente anterioridad a fin de ahorrar tiempo y obviar formalidades y hacer de esta sesión, casi una sesión de elecciones. El Dr. del Pozo, pregunta si alguien desea tomar la palabra para hacer alguna observación al Reglamento. En vista de que no hay oradores, continúa refiriéndose al articulado del mismo y señala que está estructurado en primer lugar, citándose a los Estatutos de la UDUAL; en segundo lugar, al Comité Organizador; después se refiere a la clasificación de los participantes donde se expresa el número de personas que debe integrar cada delegación oficial, a fin de evitar la desproporción y luego se consideran también formando parte, como una categoría especial, a "los ponentes y comentaristas". Como ustedes saben, en esta Conferencia, —y eso se ha intentado ya en reuniones anteriores sin haberse logrado de una manera adecuada, solamente con un trabajo tan intenso como el que desarrolló esta Comisión Organizadora pudimos tener éxito— se han nombrado previamente ponentes y comentaristas oficiales que entregaron sus trabajos con suficiente anticipación, los cuales hizo posible enviarlos a todas las universidades para su examen y análisis y así pensamos que vamos a tener una reunión bastante productiva. En este Reglamento se han introducido también algunas modalidades que aseguren o garanticen la continuidad del trabajo entre un Congreso y otro, porque en épocas pasadas se han llegado a presentar problemas o conflictos respecto a la continuidad del trabajo de los Congresos.

Se ofrecen, por otra parte, aclaraciones a algún punto que provoque duda. (El Dr. del Pozo da lectura al artículo 11º del Reglamento General y hace la observación de que en realidad no se está siguiendo el orden allí previsto para la preparatoria, en virtud de que no se ha presentado el informe de la Comisión de Credenciales. Un miembro de esta Comisión informa que están reproduciendo el Informe en cuestión).

Continúa el Dr. del Pozo diciendo que a la espera del Informe, cuyo dictamen es previo, pues será el que le dé formalidad a la Conferencia, va a extenderse un poco en la consideración de los puntos sucesivos, aún cuando no se pongan de inmediato a votación. (Lee los artículos 12º, 13º, 14º, y 15º). Pregunta nuevamente si no hay alguna observación o sugerencia que hacer con respecto al Reglamento.

El Dr. F. Gómez Padrón, de Venezuela, toma la palabra para señalar que tiene una observación con respecto al Artículo 8º, ya que los ponentes o comentaristas oficiales deben tener derecho, no sólo a voz, sino también a voto en aquellos temas que no les hayan sido encargados.

El Dr. del Pozo lee nuevamente el referido artículo 8º y aclara que se incluyeron a los ponentes y comentaristas oficiales, por el caso poco probable, pero que puede ocurrir, que para el tiempo de la Conferencia, alguno de los ponentes o comentaristas hubiese dejado de pertenecer a la Escuela o Facultad que originalmente representara y de esta manera queda con derecho a participar de la reunión; pero ya no podría ser un delegado oficial de esa Escuela o Facultad, por eso dice que tendrán voz, pero no voto. El mismo derecho se da a los observadores e invitados especiales.

En realidad aquí de lo que se trata fundamentalmente es de problemas de orden académico, de problemas de orden universitario, no hay, entonces, ninguna ilimitación. Se limita el voto para el asunto de disposiciones de orden interno de las universidades que pertenecen a la Asociación. Entonces, las universidades que no son miembros de la UDUAL, es obvio que no pueden tener voto para modificar Estatutos, o para modificar Reglamentos, o para tomar disposiciones de carácter reglamentario. Esa es la razón por la cual se limita el voto.

El Dr. del Pozo propone a los presentes que si no hay otra observación se podría proceder a la votación del Reglamento, por tanto, ruega a quienes estén de acuerdo levantar la mano. Así se hace y resulta aprobado. El Dr. del Pozo da las gracias, y ofrece la palabra al Dr. Wanderlinder, Secretario General de la Comisión Organizadora y Miembro de la Comisión de Credenciales.

El Dr. Wanderlinder, antes de leer el dictamen correspondiente, agradece a quienes deseen intervenir lo hagan desde el micrófono para que se pueda realizar completa la grabación de la preparatoria.

Se procede a la lectura del Informe el cual señala, que previo examen de las inscripciones hechas por los concurrentes a la VII Conferencia, de las Escuelas de Medicina que se han presentado hasta el día de hoy y de acuerdo con el artículo 4º del Reglamento, son delegados:

Reynafarjc, César	— Universidad Nac. Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
Gómez Padrón, Francisco	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Rotta, Andrés	— Univ. Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
Bonomie, Justo Miguel	— Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela
Decamps, Víctor	— Universidad Autónoma de Santo Domingo
Puchi, José	— Universidad Central de Venezuela
Carlevaro, Pablo	— Universidad de la República, Uruguay
Santas, Andrés	— Universidad de Buenos Aires, Argentina
Yépez, Eduardo	— Universidad Central, Quito, Ecuador
Yépez, Rodrigo	— Universidad Central, Quito, Ecuador
Laguna, José	— Universidad Nal. Autónoma de México
Negrette, Américo	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Noguera, Alberto	— Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela
Torres, Ildemaro	— Universidad de Oriente, Venezuela
Serrano, Helman	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Pérez Tineo, Héctor	— Universidad de Oriente, Venezuela
Alvarez Manilla, José	— Universidad Autónoma de México
Rodríguez, José	— Universidad Autónoma de México
Hernández, Estela	— Universidad Central de Venezuela
Rosales, José	— Universidad Central de Venezuela
Almendares, Juan	— Universidad Autónoma de Honduras
Manzanilla, Luis	— Universidad Central de Venezuela, Caracas
Vera, Jorge	— Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
Olivares, Gilberto	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

Smith, Varan	— Universidad de Oriente, Santiago de Cuba
Avalo Piña, José Luis	— Universidad de Oriente, Santiago de Cuba
Sollet Guilarte, Roberto	— Universidad de La Habana, Cuba
Quevedo, Rafael	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Schiappacasse, Elso	— Universidad de Concepción, Chile
Darricarrere, Rafael	— Universidad de Concepción, Chile
González, Carlos Luis	— Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela
Hernández, Manuel	— Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela
Márquez, Rafael	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Garrido, Tibaldo	— AVEFAM (Caracas), Venezuela (Escuela Vargas).
Márquez, Paulo Emilio	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Troconis, Gustavo	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

#### INVITADOS ESPECIALES:

Mayz Lyon, J. J.	— Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Venezuela.
Efrén C. del Pozo	— Secretario General de la UDUAL, México
Castellanos, Juan Francisco	— UDUAL, México
Villalobos, Heber	— Presidente, Comisión Organizadora
Wanderlinder, Luis	— Secretario General, Comisión Organizadora
Moreno Guerra, Luis	— Secretario de Finanzas, Comisión Organizadora.
Soto Pirela, Luis	— Comisión Organizadora
Díaz, Rafael	— Comisión Organizadora
Laguna, José	— Exponente, Tema I
Arends, Tulio	— Comentarista, Tema I
Rotta, Andrés	— Comentarista, Tema I
Santas, Andrés	— Comentarista, Tema II
Pelayo, Eduardo	— Comentarista, Tema III

#### OBSERVADORES:

Hernández, Rafael	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Rincón C., Herminio	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Viera, Humberto	— Universidad Central de Venezuela, Caracas
Paris, Ramón	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Zapata, Carlos	— Universidad Centro Occidental, Barquisimeto, Venezuela.
Iturbe, Pedro	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Yépez, Patricio	— Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
Aparicio, Arturo	— Colegio Mayor de Ntra. Sra. del Rosario, Colombia.
Arapé, Romer	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Balza, Tulio	— Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Maracaibo, Venezuela.
Valbuena, Carlos	— Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, Maracaibo, Venezuela.

Del Valle, Joaquín	— Universidad de Coahuila, México
Mora, Eduardo	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
García, José	— Academia Nacional de Medicina, Venezuela
Díaz Guzmán, Joffre	— Universidad Central de Venezuela
Nava, Francisco S.	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Sierra Ruiz, Enrique	— Barcelona, España
Brick, Roberto	— Buenos Aires, Argentina
Osuna, Aníbal	— Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Venezuela.
Barreto, Rafael	— Federación Médica Venezolana
Giraldo, Luis Ernesto	— Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), Zona I, Caracas.
Mavares, Iván Darío	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela
Estrada, Gregorio	— Hospital General del Sur, Maracaibo, Venezuela.
Pulgar, Marcelino	— Universidad del Zulia-Academia Nacional de Medicina, Venezuela.
Clemente, Antonio	— Universidad Central de Venezuela
Casas Armengol, Miguel	— Universidad del Zulia — Presidente Comisión Organizadora VI CLEFA.
Núñez, Ramón	— Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela

El Dr. del Pozo solicita si hay alguna observación, si se ha omitido a alguien, o si hay alguna rectificación en la forma cómo se han clasificado a los participantes.

Se incluye entre los invitados especiales al Dr. Ramón Villarreal, representante de la Oficina Sanitaria Panamericana en México. El Secretario General de UDUAL, aclara que no se ha dado suficiente tiempo para elaborar las listas, además de que las inscripciones han continuado y que para el día siguiente habrán algunas más, por lo tanto se mantendrá a la Asamblea informada al respecto. Se somete a votación y queda aprobado el Informe de la Comisión de Credenciales. Posteriormente el mismo Dr. del Pozo observa a la Asamblea que para efectos de las votaciones, éstas deben hacerse por delegación, es así que serán los respectivos Presidentes de las mismas, los autorizados para hacerlo; se ruega entonces que cada delegación señale quién es su Presidente para efectos del voto.

Seguidamente se pasa a la designación de la Mesa Directiva, previa lectura de los artículos 9º y 10º del Reglamento General. En primer lugar, la elección de Presidente, Secretario General y Relator General. La elección de los Vice-Presidentes se hará por sorteo para cambiar un poco la costumbre de que siempre se hace por orden alfabético, quedando en primer lugar Argentina y en último lugar, Venezuela. Siendo un asunto relativamente simple, se acuerda que sea la Mesa Directiva electa quien haga el sorteo.

Quedan a consideración de la Asamblea, las proposiciones para Presidente de la misma. El Dr. del Pozo señala que le parece obvia la designación del Dr. Heber Villalobos para este cargo. La Asamblea saluda esta proposición con aplausos. El Secretario General de la UDUAL la anuncia y de inmediato entrega la presidencia para que el Dr. Villalobos continúe con la

dirección de la Asamblea. Éste toma la palabra y en primer lugar da las gracias en nombre de la Comisión Organizadora de la VII Conferencia y de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia a todas aquellas personas que en una u otra forma, fundamentalmente el Secretariado General de la UDUAL en México y la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, colaboraron en la programación de la Conferencia; agradece asimismo, la distinción de que se ha sido objeto por parte del distinguido auditorio y desea aceptarlo porque considera que ello es un reconocimiento a la labor que la Comisión Organizadora en pleno y las instituciones señaladas, desarrollaron con entusiasmo a fin de que la reunión tuviera buen éxito. Continúa diciendo el Presidente de la VII Conferencia que así se espera, que las jornadas sean fructuosas, pues las disposiciones y recomendaciones que se tomen deberán tener como principios fundamentales el poder integrar cultural y científicamente, en especial en el área de la salud, a los diversos pueblos de Latinoamérica. Dicho esto se pasa al nombramiento del Relator General y del Secretario General.

El Dr. Carlos Luis González (Venezuela, Universidad de los Andes, Mérida) propone al Dr. Darricarrere, de Chile, por considerar que su capacidad de trabajo y sus méritos lo capacitan para esa designación. (Aplausos).

El Dr. Villalobos anuncia que el Dr. Darricarrere ha sido designado por la Asamblea, Relator General. Seguidamente da el uso de palabra para que se hagan proposiciones en torno al nombramiento de Secretario General.

Dr. Víctor Decamps (Universidad Autónoma de Santo Domingo): Nosotros queremos aprovechar la oportunidad para introducir a un representante cubano como Secretario General de este evento, ofreciéndole a través de esta Secretaría, a estos profesionales avanzados de América, la oportunidad de confraternizar con los profesionales de América. (Aplausos).

El Presidente señala que habría que designar a la persona que ocupe el cargo de Secretario General, cuya designación ha recaído en la delegación cubana. Hay cuatro miembros en dicha delegación (el Dr. Wanderlinder lee sus nombres a petición del Presidente): Dr. Pelayo, Dr. Sollet, Dr. von Smith y Dr. Avalo.

El Dr. José Luis Avalo, de Cuba, Decano de Ciencias Médicas de la Universidad de Oriente; dice:

Nosotros quisiéramos, ya que así tan gentilmente lo han aprobado los señores delegados proponer al Dr. Varan von Smith como Secretario de esta Reunión. (Aplausos).

El Presidente anuncia oficialmente, que el Dr. Varan von Smith ha sido designado Secretario General de esta VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina.

De acuerdo con el Reglamento aprobado, en la misma sesión preparatoria debe ser aprobado lo relativo al calendario y a la agenda, según lo informa el Dr. Villalobos; de igual modo indica que en los documentos entregados durante la inscripción, se hallan el programa de actividades con el respectivo calendario de la Conferencia. Somete a la consideración de la Asamblea dichos proyectos y en virtud de que no hay observación alguna, decide someterlos a votación resultando aprobados.

Seguidamente se pasa a la designación de la Comisión de Redacción y Estilo, la cual se encargará de los documentos finales de la Conferencia. El Presidente indica que bien podría estar integrada por tres miembros. Con

respecto a la Comisión de Reglamentos se considera como no necesaria su integración en virtud de que ya han sido aprobados por la Asamblea.

Un delegado propone al Dr. Carlos Luis González, de Venezuela. El delegado propuesto toma la palabra para solicitar le aclaren más cuáles son las funciones que dicha Comisión debe cumplir, ya que según ha entendido debe ocuparse de los documentos finales de la Conferencia, por lo tanto propone formalmente que los miembros de la misma sean de la Universidad sede del evento, por razones obvias.

El Presidente somete a consideración dicha proposición. El Dr. Andrés Rotta apoya la proposición del Dr. Carlos Luis González. El Presidente la somete a votación. Resulta aprobada.

Siguiendo el Reglamento y el programa aprobados, se presenta a la Asamblea el Informe de la Comisión Organizadora por boca de su Presidente. (El Dr. Villalobos da lectura al Informe de la Comisión Organizadora). (Aplausos).

El Presidente agrega que durante los días 26 y 27, después de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, tendrá lugar en el mismo sitio el I Seminario sobre el Convenio Andrés Bello en el Arca Médica, ya que se ha creído feliz la oportunidad para realizar ese I Seminario sobre el Convenio Andrés Bello, el cual fue firmado por los países de la Región Andina (Chile, Perú, Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela). Y han considerado feliz la oportunidad, por cuanto allí están presentes altos funcionarios, no sólo de las Facultades y Escuelas de Medicina, sino también de los Ministerios de Salud y Seguridad Social. A tales efectos, en el mes de julio del presente año, en el Despacho del Ministro de Educación Nacional de Venezuela, tuvo lugar una reunión a la cual asistimos el Dr. Efrén C. del Pozo como Secretario General de la UDUAL y yo como Presidente de la Comisión Organizadora; allí se sentaron las bases para la realización de este I Seminario. (El Presidente de la Conferencia, continúa informando acerca de los preparativos del Seminario en referencia e invita formal y cordialmente a los participantes para que ayuden, con su presencia, en el desarrollo del Seminario).

No habiendo nada más de qué tratar, a las 7:30 p.m. el Presidente de la Conferencia da por concluida la sesión preparatoria e invita a los delegados para el acto de instalación que tendrá lugar a las 8 de la noche de ese mismo día.



## MESA DIRECTIVA

Presidente:	Dr. Heber Villalobos (Venezuela)
Vicc-Presidentes:	Dr. Rafael T. Darricarrere (Chile)
	Dr. Eduardo Yépez (Ecuador)
	Dr. Víctor Decamps (República Dominicana)
	Dr. Juan Almendares B. (Honduras)
	Dr. Jorge Restrepo Molina (Colombia)
	Dr. Justo Miguel Bonomie (Venezuela)
	Dr. José Sifontes (Puerto Rico)
	Dr. Geraldo Siffert (Brasil)
	Dr. José Luis Avalo (Cuba)
	Dr. Andrés Rotta (Perú)
Secretario General:	Dr. Varan von Smith (Cuba)
Relator General:	Dr. Pablo Carlevaro (Uruguay)



## ACTO DE INSTALACIÓN

El día 21 de noviembre de 1971, siendo las ocho de la noche, se realizó el acto de instalación oficial de la VII CONFERENCIA DE ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA, en el Salón Caroní del Hotel del Lago, en la ciudad de Maracaibo. En el presidium tomaron asiento los doctores José Manuel Delgado Ocando, Rector de la Universidad del Zulia y Cuarto Vocal Propietario de la UDUAL; Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina; Hilarión Cardozo, Gobernador del Estado de Zulia; J. J. Mayz-Lyón, Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, en representación de la Presidencia de la República; Heber Villalobos C., Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia y Presidente de la VII Conferencia y Varan von Smith, Secretario General del evento.

El Dr. Luis Felipe Wanderlinder, Secretario General de la Comisión Organizadora, anunció a los respectivos oradores, quienes en orden de intervención fueron el Rector de la Universidad del Zulia, el Secretario General de la UDUAL, el Gobernador del Estado de Zulia y el Ministro de Sanidad y Asistencia Social, representante del Presidente de la República, quien declaró oficialmente instalada la Conferencia.

### DISCURSO DEL DR. J. J. MAYZ-LYÓN, MINISTRO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA, EN REPRESENTACIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

Señor Secretario General y demás miembros de la Comisión Organizadora de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, señor Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina, señor Rector de la Universidad del Zulia, señor Presidente del Colegio de Médicos del Estado Zulia, señor representante de la Organización Mundial de la Salud, señores Decanos, señores profesores, señores estudiantes.

Señoras y señores:

El señor Presidente de la República me ha confiado el alto honor de presentar a ustedes su mensaje de bienvenida a esta VII Conferencia de las Escuelas de Medicina de América Latina. Cumpro con especial orgullo este honroso mandato, y al hacerles presente ese mensaje, quiero añadir a él el mío propio, en mi carácter de Ministro de Sanidad y Asistencia Social

y como uno más de sus colegas en el campo de la medicina y la enseñanza universitaria. Deseo pues que reciban con el mayor cariño estas palabras de bienvenida y que ellas les den la seguridad de nuestro interés por que las deliberaciones de esta Asamblea cumplan exitosamente sus objetivos.

Hemos seguido con especial atención, a lo largo de muchos años, el constante afán con que la Universidad Latinoamericana, y en este caso particular sus Escuelas de Medicina, buscan empeñosamente el rumbo más seguro para modelar el puesto que nuestras juventudes habrán de tener en el mundo del mañana, mundo que ahora sentimos cada vez más próximo y cuyas enormes complejidades ciertamente nos aterran. Si bien es cierto estos fenómenos, llevados al campo de la Universidad, son universales, no menos lo es que en nuestros países latinoamericanos, lanzados ahora en la carrera del desarrollo, sus implicaciones son quizás más graves y se caracterizan por un signo convulsivo que debe movernos a profundas reflexiones. Por esto siempre será saludable que los responsables de la vida universitaria, se reúnan constantemente y examinen sus problemas inspirados en los más sanos propósitos de perseguir las soluciones adecuadas.

Los tres temas seleccionados para discusión en esta Conferencia señalan ya esta preocupación, y es seguro que su análisis habrá de ser fundamental para la proyección futura de nuestras Escuelas Médicas. El primero de estos temas tratará una vez más sobre la importancia de la investigación científica en las Escuelas de Medicina. En verdad que es mucho lo escrito hasta ahora sobre esta materia, y también que es poco lo que, al menos en el mundo latinoamericano, se ha avanzado en esta dirección. Carecemos todavía de principios básicos acerca de lo que debe ser la investigación en la Escuela Médica y de la medida y el modo en que profesores y estudiantes han de estar comprometidos en ella.

Creo que la investigación no es una ciencia: es una disciplina, una actitud para enfrentarse a la ciencia; y es también, con mucho, una vocación. Como disciplina y actitud, la investigación puede y debe enseñarse; como vocación, puede y debe descubrirse y estimularse. Ahora bien, ¿cómo ha de enseñarse la investigación? Es obvio que una disciplina y una actitud mental no podrán ajustarse fácilmente, para su enseñanza, a los moldes de una metodología pedagógica clásica. La curiosidad científica por la relación de causa a efecto, el afán de hurgar, para ello, en las raíces mismas de lo desconocido, el anhelo de penetrar en los misterios de la biología y la conducta, habrán de aprenderse mejor a través de un ejemplo permanente que de un proceso didáctico sistematizado. En este sentido, no cabe duda de que cada profesor individualmente, cada Facultad por sí misma, y la comunidad universitaria como un todo, han de constituir siempre un vivo ejemplo por el estudiante.

Se ha criticado mucho la falla de nuestra Universidad en constituirse precisamente en esa paradigma. Sin embargo, seríamos injustos si hiciésemos recaer sobre ella sola esta ingente responsabilidad. Y no debemos olvidar, por otra parte, que en las sociedades humanas en crecimiento acelerado, de las cuales nuestros países son un ejemplo, la investigación científica no logra desarrollarse a plenitud sino en las etapas de madurez y consolidación de las instituciones de todo orden que esas mismas sociedades se han creado.

Por esto, sin pretender lograr en poco tiempo lo que otros países han alcanzado ya después de muchos años de historia, debemos preocuparnos

seriamente desde ahora por el interés de nuestra población universitaria en el papel que la investigación científica tiene en el progreso global de las naciones. Estoy seguro de que los conocimientos y las experiencias que aportarán ustedes a la discusión de este tema, habrá de ayudar a nuestras Escuelas Médicas a procurar a largo plazo el logro de estos elevados propósitos.

El segundo tema nos lleva a un asunto que también ha sido objeto de mucho estudio y sinceros esfuerzos por su mejoramiento y solución. Se trata de la integración de los servicios de salud en la enseñanza de la medicina, o viceversa, cuya necesidad e importancia ya no se discute. Cada uno de los países aquí representados, y seguramente dentro de ellos cada una de sus Escuelas Médicas, habrá encontrado ya algún mecanismo —el que las circunstancias han hecho posible— para lograr esta integración. Sin embargo, es muy probable que estos mecanismos no llenen a satisfacción los intereses de las partes comprometidas. La experiencia así lo ha demostrado, al menos entre nosotros, y aún para el caso, aparentemente ideal, en que la Escuela de Medicina posee y administra servicios de salud, se han levantado críticas justificadas. No cabe duda de que el mejor laboratorio para la enseñanza médica es el propio servicio que el Estado y la Sociedad presentan a su población, y la comunidad en que éste es dispensado, pues será en ellos en donde el médico habrá de desenvolverse en el ejercicio de su profesión.

El problema no radica, sin embargo, en estas definiciones, sino en los modos cómo los servicios de salud y las Escuelas Médicas pueden coordinarse para atender a un objetivo común, que en este caso es el de formar el personal de salud que el país requiere. La educación médica y la salud pública, aunque sean disciplinas administrativamente separadas, han de constituirse a estos fines en una sola unidad programática. Esto requiere desde luego, la fijación de principios rectores, basados en un cuidadoso proceso de planificación de los recursos humanos para la salud, y requiere también la entrega recíproca, de una parte a la otra, de algunos de los atributos que cada una posee por virtud de sus distintas constituciones administrativas. Si esta entrega no representa un propósito decidido por ambas partes, será siempre muy difícil de lograr la armonía y solidaridad que esta conjunción de esfuerzos requiere como cimiento indispensable.

Entre nosotros se han cumplido ya dos lustros de una cooperación institucional que me siento orgulloso en calificar de muy satisfactoria y provechosa. Es muy probable que esta interpretación muy personal no coincida totalmente con las de todas las otras entidades participantes, pero yo creo que hemos hecho lo mejor que las circunstancias nos han permitido, y que los obstáculos que no hemos podido vencer no son debidos a la falta de entendimiento del problema y de actitud cordial hacia una solución, sino más bien en las barreras de carácter administrativo que nuestras diferencias institucionales no nos permiten salvar.

Desde que se celebró en 1960 la primera reunión de alcance nacional para analizar los problemas de la educación médica entre nosotros, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social ha estado presente en todas las actividades que se han llevado a cabo alrededor de esta materia. Desde aquel mismo año, el Ministerio promovió y firmó contratos con las Universidades del país para el uso de sus servicios en la docencia médica, y si bien es

cierto que estos instrumentos no han significado la plena satisfacción de todos los intereses comprometidos, también lo es que hasta ahora no hemos hallado otros medios mejores de convenimiento.

Recientemente se llevó a cabo una evaluación nacional de estos instrumentos, en la cual participaron no sólo las escuelas de medicina y el Ministerio, sino también la profesión organizada a través de su máxima institución nacional, la Federación Médica Venezolana. La investigación se llevó a cabo en el propio terreno y hubo la oportunidad de conocer libremente las opiniones de decanos, directores de escuela, profesores y directores de hospitales docentes. Sin embargo, los resultados de este análisis nos indicaron que, en general, las bases de los convenios celebrados mucho antes siguen siendo válidas, y que es muy poco lo que podría modificarse, dentro de las posibilidades reales, para lograr cambios substanciales en estos mecanismos de cooperación.

No quiero que se interpreten mis palabras como una actitud de reserva hacia la búsqueda de nuevas fórmulas, y si deseo, en cambio, afirmar en estos momentos nuestro más vivo interés por consolidar esta unidad de propósitos y acciones a través de instrumentos administrativos que estén realmente al alcance de nuestras posibilidades.

Si bien los dos temas anteriores son de considerable importancia para el desarrollo de la educación médica, el último de los que se ha fijado para discusión en esta reunión, es de singular trascendencia en lo que respecta al papel del médico en el mundo del mañana. En efecto, en él se pregunta cuál ha de ser la formación que debe darse al médico que habrá de enfrentarse mañana al ejercicio dentro de moldes institucionales, profesionales, tecnológicos y científicos que serán cada vez más complejos. Considero este tema como un verdadero desafío a la imaginación de los educadores médicos, ya que ellos habrán de definir con suficiente anticipación cómo ha de conformarse nuestra profesión al creciente dominio de los conocimientos y de los medios prácticos para su aplicación. Mucho se está especulando en estos momentos en la predicción de lo que habrán de ser las profesiones del mañana, y esta disciplina es sólo una pequeña parte del ejercicio científico que ahora se conoce con el nombre de "Futurología".

Notable papel ha tenido en estas predicciones la fecunda imaginación de pensadores y científicos, a quienes no debemos juzgar apresuradamente, pues a esa misma imaginación, desbordada o no, que se han debido los más grandes progresos de la humanidad. ¿Qué se dice del médico en estos casos? Todo parece apuntar, en resumen, a una situación en la que el médico y sus colaboradores utilizarán como cosa rutinaria los grandes adelantos tecnológicos ya conocidos, o que se descubran luego, para las tareas de reconocimiento y tratamiento de la enfermedad. Ninguno de nosotros habrá de oponerse a estos desarrollos, ya que su utilización ha de permitir un manejo más exacto de las técnicas, un diagnóstico probablemente menos sujeto al error humano y seguramente un servicio más productivo, rápido y eficaz a los pacientes. Y todo esto es lo que la medicina de hoy, como servicio público, persigue con más ahínco.

Pero esto solo no basta. Dejarnos arrollar por los progresos mecánicos y confiar todo a los autómatas del futuro, podría menoscabar gravemente la sublime esencia de la medicina, en la cual el médico es por sí solo, por su propia taumaturgia, el elemento primario de alivio o curación de mu-

chas de las dolencias que afligen al hombre. La reacción psicológica, emocional, de confianza y esperanza que suscita la presencia del ser humano investido en su profesión de médico, será difícil de sustituir por el implemento mecánico más sofisticado que se pueda imaginar. El resguardo de esos excelsos atributos de nuestra profesión frente al crecimiento impetuoso de las facilidades técnicas, constituye sin duda el más angustioso dilema al cual ella se aboca en estos momentos.

¿Y qué decir de los adelantos de la biología? La Medicina es una ciencia biológica, y también social, y todos sus modos de actuar sobre el hombre están basados en el conocimiento y dominio de fenómenos biológicos y sus implicaciones en la sociedad. Los campos que hoy se abren mediante los más recientes descubrimientos en esta esfera, pueden llevar al médico, que al fin y al cabo es el artista de la aplicación de estos conocimientos, a encontrarse frente a profundos conflictos morales, en los cuales habrá de necesitar una sólida conciencia y responsabilidad de su papel frente al hombre como objeto y sujeto de su profesión. Los médicos del mañana se están formando ahora mismo, y por esto, no debemos perder de vista que cualesquiera sean la novedad y el ímpetu con que estos adelantos impresionan a los técnicos y científicos del día, el médico moderno nunca deberá alejarse del más antiguo y prístino de los objetivos de la medicina: la transferencia de fe y confianza al hombre que busca su consejo y ayuda.

Por otra parte, dentro de un enfoque realista, la situación actual y previsible del mundo latinoamericano nos obligará, por mucho tiempo todavía a dedicar la mayor proporción de los esfuerzos de la profesión a la solución de los ingentes problemas de salud que afectan a sus países. Las desigualdades de desarrollo que encontramos en ellos, traducidas en servicios de salud insuficientes en cuanto a cobertura y calidad, tendrán seguramente ocupados a los Ministerios de Salud y a las Escuelas Médicas en un grado mucho mayor que lo que pueda esperarse a corto plazo de la aplicación de los nuevos adelantos tecnológicos. Y valga como respaldo de este modo de pensar una frase del ponente del tema que estamos comentando, el Dr. Heber Villalobos, Decano de la Facultad de Medicina sede de esta Conferencia, según la cual todavía "...en los países subdesarrollados sufren y mueren millones de hombres por enfermedades de las cuales ya se sabe casi todo". Esta admirable sentencia es una voz de alerta que seguramente habrá de inspirar las discusiones de esta Conferencia.

Honorables Conferencistas:

Comenzarán ustedes en breve su trabajo, al abrigo de nuestra modesta hospitalidad, y en esta parte de la patria en donde el cálido ambiente de su tierra se conjuga armoniosamente con la generosidad de sus habitantes. Deseo cordialmente que sus discusiones se desarrollen dentro del más sincero espíritu de entendimiento y unidad de propósitos. Deseo también que su estancia en nuestro suelo sea particularmente grata a cada uno de ustedes, para lo cual espero sabrán disculpar nuestras dificultades y limitaciones; y espero finalmente que al regresar a sus sitios de trabajo, lo hagan firmemente convencidos de que en esta reunión se ha dado un paso más en la búsqueda de la mayor suma de salud y bienestar para los pueblos que aquí representamos.

DISCURSO DEL CIUDADANO GOBERNADOR DEL ESTADO ZULIA,  
DR. HILARIÓN CARDOZO

Brevemente debo expresar, en nombre del Gobierno Regional, la satisfacción que nos producen estas Reuniones a través de las cuales pensadores, investigadores, profesores de diversas partes de nuestro continente, se reúnen bajo el auspicio de nuestra Universidad —y en la región de nuestro Estado—, para considerar aspectos fundamentales y temas esenciales al desarrollo de Latinoamérica.

Creemos nuestro deber auspiciar, estimular y manifestar todo el respaldo a estas Reuniones. Así lo hemos hecho y lo continuaremos haciendo con otras que han de realizarse antes de finalizar el presente año y durante el venidero.

Consideramos que tales Reuniones realizadas en nuestro Estado, tienen no sólo el alto beneficio que de ellas deriva la rama particular de la ciencia que las origina, sino que al mismo tiempo son vivero fundamental para entrelazar una amistad que, fundamentada sobre la preocupación común en la investigación o en la acción de una rama determinada de la ciencia, al mismo tiempo hará que nuestros propios científicos encuentren mayores posibilidades para comparar, para desarrollar y para elevar su propia preocupación.

Al mismo tiempo contribuyen poderosamente para que, en una unificación de esfuerzos, en una mutua interrelación de experiencias y, como diría Goethe en una expresión cabal “de intergravidez de personalidades”, las ciencias también encuentren mejores, actualizados y fructíferos derroteros.

Se reúnen ustedes en el Estado Zulia, Entidad Federal de Venezuela muchas veces nombrada en el mundo por el extraordinario potencial que contiene el vientre de su generosa tierra y que ciertamente constituye una de las más poderosas riquezas que mueven la economía del país. Ciertamente también que otras veces a nuestra región ustedes la habrán oído mencionar por la calidad, por el desarrollo de su capacidad científica; algunos la denominan “Capital Científica de la Nación” y si en el Zulia aceptamos tal denominación, no es por la jactancia de creer que sean el Zulia y nuestra Universidad, los exponentes únicos, fundamentales, de la ciencia nacional, sino porque al fin y al cabo, nos llena sí, de satisfacción y orgullo contar en nuestro Estado con un numeroso grupo de profesionales, de científicos consagrados a la investigación y a la docencia, a las cuales han dedicado todo el poder de su inteligencia y toda la capacidad de su voluntad y disciplina. Desde ese punto de vista, compartido con todo el país, nos enorgullece la denominación que algunas veces se nos da y, al mismo tiempo, el poder recibir a ustedes para que conozcan de cerca y en la diaria conversación, el desarrollo de nuestra ciencia.

*El problema fundamental de esta Asamblea o de esta VII Conferencia de Escuelas de Medicina: el estudio especializado de la docencia médica.* Durante muchos años he ejercido la docencia en el plano de educación secundaria y en el de la Universidad, en mi disciplina específica, el Derecho, y durante mis años estudiantiles la experiencia de cuatro años en representación del estudiantado dentro del Consejo Universitario, nos llevó muchas veces a discutir con Decanos que se ganaron nuestro respeto por la firmeza de su pensamiento y por la claridad y fijeza en el manteni-

miento de sus propósitos; pudimos discrepar algunas veces, desde el fondo de nuestra creencia y hoy, después de egresar de la universidad, aún cuando evidentemente he madurado en el tiempo, pero conservando en el fondo el primigenio pensamiento, seguimos discrepando de métodos, de sistemas, de formas; anhelamos cada vez más el desarrollo y el fomento de una docencia universitaria ajustada, no al requerimiento y al sentir exclusivo del sector estudiantil, pero sí indudablemente, a una docencia que incorpore dentro de su metodología los sentimientos, las aspiraciones de un sector que algunas veces se presenta como preocupante, cuando se le considera exclusivamente como un problema, pero que despertaría menos angustias si nos detuviéramos a pensar, aunque sea algunas veces, en *sus* problemas.

He creído muchas veces con respecto a esa preocupación que se despierta en las universidades de América Latina —y lo expuse así en un Seminario de Educación, en Washington, en un Seminario de Educación con ilustres pensadores en Boston, en alguna Reunión en Brasil, al estudiar en esas Reuniones estos mismos problemas de la docencia universitaria— que ellas olvidan y olvida el Estado, que el desarrollo de nuestra educación, fundamentado sobre la base de una concepción eminentemente liberal —en cuanto a colocar como compartimientos estancos cada rama científica—, resta a la universidad una unidad de racionalización doctrinal que oriente, determine y formule el camino de esa universidad; que muchas veces anclados todavía, quizás, en el “Grito de Córdoba”, el no caminar, el no adelantar en la interpretación y adecuación de las exigencias modernas en cuanto al planteamiento de la autonomía, puede llevar a discrepancias fundamentales entre lo que pudiera ser esa necesaria relación de que nos hablaba el Dr. del Pozo: entre la formación y los programas de actividad gubernamental.

Pareciera entenderse como que la programación o la planificación de la enseñanza a todos los niveles, se presenta como un enfrentamiento con la línea de autonomía por cuanto que a las universidades toca la fijación de sus propios caminos, de sus propios programas y de su propia orientación; algunas veces los propios Estados renuncian a la obligación y al deber de exponer y de presentar a las universidades el marco general de referencia dentro del cual se sitúan las metas que necesita alcanzar el país, para que las universidades puedan, al hacer su programación, buscar cubrir esas metas, y de allí esa célebre discusión, con frecuencia sostenida en las universidades latinoamericanas.

A casi todas ellas he concurrido como dirigente estudiantil a discutir con las Federaciones Universitarias estos problemas, y en todas he encontrado la misma situación: el planteamiento, el enfrentamiento, casi a nivel de establecimiento de clases, pretendida entre profesores y estudiantes, o, el planteamiento, casi general, de que las universidades escapan a la exigencia y a la realidad del momento.

Creo que al fin y al cabo, no es más que el producto de dos situaciones algunas veces olvidadas: primero, que el Estado no aporta el marco general de referencia que casi ninguna de nuestras universidades tiene, como por ejemplo, las exigencias señaladas por el Estado en cuanto a las necesidades de médicos, a las necesidades en determinada disciplina, y en consecuencia, es la propia voluntad o inclinación del estudiante la que va determinando el crecimiento de las escuelas o el fomento de las facultades,

sin que haya una orientación de las propias universidades hacia la obtención de metas que deben estar señaladas al margen de la universidad, porque al fin y al cabo corresponde al Estado el señalar las exigencias de la vida colectiva. En segundo lugar, que muchas veces se olvida un elemento fundamental y esencial en estos casos y es que desgraciadamente, desde hace muchos años, las motivaciones de la Universidad se han dado esencialmente en función del hecho político y cuando nuestros países están agitados por un movimiento negador de la libertad, lógicamente, la universidad cumple en sí su misión de restaurar la libertad, de luchar por la libertad, de buscar acrecentar en el ánimo estudiantil, de fomentar en el estudiante la conciencia de rebeldía frente a los hechos y luego cuando se recupera la democracia, se olvida entonces qué formas, qué caminos, ofrecer a esa inquietud que se ha despertado, a esa preocupación que se ha desarrollado, a esa inquietud del estudiante que se le ha fomentado para que se rebelde frente al orden negador de la libertad y para que se exprese en favor de ésta. En consecuencia, surgen entonces inquietudes que no se canalizan y se olvida que la casi única motivación de nuestras universidades se va convirtiendo en la motivación política, y el estudiante que entra a ella, que siente una preocupación, que siente un deseo de luchar, de hacer algo, de destacarse en la vida universitaria, que siente preocupación por hacer cumplir alguna misión en la universidad, prácticamente la única motivación esencial que encuentra es la motivación política. Fomentar y desarrollar, crear motivaciones diversas, generar diversas preocupaciones e inquietudes donde pueda aprehenderse la angustia juvenil es, a nuestro juicio, un elemento fundamental de la docencia universitaria de hoy para que no haya la deformación de quien queriendo, por ejemplo, sentir, o de quien sintiendo la angustia por inclinarse más bien hacia una orquestina o hacia un muralismo, o hacia una investigación social, no encuentra la orientación y la dirección, la programación adecuada y en consecuencia cae dentro de la motivación política, con la doble negatividad de que se frustra, al darse cuenta posteriormente de que no es ese su campo; o también esa angustia política que se ve en el estudiante y que no se ha orientado; en consecuencia, el que siente realmente la verdadera vocación de acción política no encuentra cauce para ser un político científico, sino que se queda a la deriva y al arbitrio del "punch" o de los movimientos meramente empíricos que se fomentan o se realizan dentro de los movimientos políticos estudiantiles.

Esto, perdonen, no es con ánimo de meterme en los campos específicos de ustedes, sino simplemente de expresar estas inquietudes recogidas a la luz de nuestra actividad estudiantil y que al fin y al cabo recogen en mucho, un poco también, de los principales problemas que afectan en el orden estudiantil a las universidades de América Latina. Me dirán que es esta una materia controversial, polémica; es cierto, tan polémica y tan controversial como los problemas del cupo dentro de la filosofía de la docencia médica. Respetamos el pensamiento y exclusivamente señalamos la disposición del Gobierno Regional de mantener las mejores relaciones con la Universidad, de ayudar y fomentar los estudios médicos y sobre todo, la investigación en ese campo, por eso me resulta grato decir —más que el decir a los hombres de gobierno lo que les corresponde es el hacer— lo que estamos haciendo o lo que creemos poder hacer.

Me resulta satisfactorio señalar que acá, el año entrante, Dios mediante, podremos desarrollar algunos programas conjuntos entre el Gobierno Regional, la Universidad del Zulia y los Servicios Cooperativos de Salud. Programas elaborados por ese equipo de hombres dedicados en el Zulia a los trasplantes; programas de hemodiálisis, a domicilio, como una de las principales iniciativas que lleva el presupuesto regional en este año. Un programa para atender, un programa de investigación y tratamiento de deficiencias respiratorias que es otra de las cuestiones que fundamentalmente reclama y pide nuestro Hospital Universitario; un programa de investigación y tratamiento sobre el Mal de Huntington —porque ustedes saben que aquí en Maracaibo, lo saben ustedes también como yo, existe uno de los tres grandes centros mundiales de este tipo de enfermedad, uno que reside aquí en un barrio muy apartado de nuestra ciudad, muy desatendido— con el cual creemos que podremos empezar a enfrentar una situación que se nos ha venido acumulando como un cáncer en uno de nuestros barrios.

Adlantaremos también un programa de investigación en el campo de la hematología; pensamos desarrollar —y actualmente conversamos con el Ministerio de Sanidad sobre la necesidad de incrementar y de enfrentar un programa más ajustado a las nuevas exigencias, a la realidad actual de nuestra región— un programa de medicina escolar y asimismo un programa sobre medicina deportiva previamente conversado con el Instituto Nacional de Deportes, al cual se le han asignado recursos bastante elevados en el próximo año, porque aspiramos a que la medicina deportiva en nuestro Estado, no siga siendo simplemente el producto de la buena voluntad, del esfuerzo, de la dedicación de algunos médicos que lo vienen haciendo en forma espontánea en los centros deportivos, sino que sea el resultado de un programa adecuado para investigar en este campo, como uno de los elementos fundamentales y esenciales para adentrarnos en la consideración de los problemas de nuestra juventud.

Asimismo, hemos hablado con el Ministerio del Trabajo para tratar de acelerar programas de medicina del trabajo, porque al fin y al cabo, es esta una rama de la medicina bastante olvidada y en la cual se encuentran dificultades serias para obtener especialistas, con la natural consecuencia de la aparición de problemas que se derivan de la vida laboral de la región.

Todos estos programas que tratamos de impulsar desde el Gobierno Regional, para desarrollarlos en comunidad con la Universidad del Zulia y el Ministerio de Sanidad, expresan mejor cualesquiera otras palabras, la preocupación que tenemos por los problemas que reúnen a ustedes en este momento.

Por último, para despedirme, creo que cada vez se hace más necesario recordarnos, que evidentemente en América Latina tenemos valores, valores de nuestra cultura, incorporados a los valores universales que debemos conservar y debemos incrementar, pero que también hay otros que es necesario estimular porque son casi dominador común en todos los países que alcanzaron la plenitud del desarrollo y que se nota también su ausencia en aquellos que aún no logramos vencer: la disciplina intentada como un valor. Y en ustedes, investigadores; evidentemente la disciplina es, quizás, uno de los valores fundamentales. Al lado de esa disciplina, la ciencia, entendida también como un valor cultural, para salir de la idea aquella en la cual se considera que, para resolver una situación, basta con llamar a aquél a

quien le preocupa y no a aquél que conoce las formas y las maneras de resolverlas, a aquél que, lleno de espíritu científico, puede aportar el entusiasmo que despiertan los problemas intelectuales y las soluciones concebidas con carácter realmente tecnológico y científico. Por último, esa necesaria realización doctrinal que dé a todos los programas una unidad, una meta, porque al fin y al cabo, como decía el Rector, en ese nuevo humanismo, la búsqueda del hombre puede que nos lleve a discrepar a todos sobre cómo lo concebimos, pero nos unifica a todos en la voluntad de servirlo.

Gracias.

#### DISCURSO DEL DR. EFREN C. DEL POZO, SECRETARIO GENERAL DE LA UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA (UDUAL)

Ruego a ustedes me excusen y no tomen a descortesía que no tenga un trabajo escrito; hay dos razones poderosas para ello: una, que tenía la esperanza de que en mi lugar, es decir, en el lugar que le corresponde esta noche, hubiera hablado el señor Presidente de la UDUAL, que es el señor doctor Rafael Kasse-Acta, pero que desgraciadamente a última hora no le fue posible concurrir. La segunda razón, es que me resulta más fácil hablar que leer.

Señor Ministro de Sanidad de la República de Venezuela, señor Gobernador del Estado, señor Rector doctor Delgado Ocando y Miembro del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, señor doctor Heber Villalobos, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, señores Miembros de este presidium, señores Miembros de la VII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL.

Señoras y señores:

En primer término quiero expresar el agradecimiento muy profundo de la Unión de Universidades de América Latina y el mío personal, para la Ilustre Universidad del Zulia, no solamente por el trabajo desarrollado, que es modelo de organización para esta Conferencia que hoy iniciamos, sino por el respaldo constante que ha mantenido esta Universidad en las actividades que desarrolla esta Agrupación de las Casas de la Cultura Superior de la América nuestra, por la identificación con los ideales latinoamericanos, por la comprensión de los propósitos y significación que representa la unión de la cultura, la integración cultural de la América-Latina.

No es esta la primera reunión que tiene su asiento en esta Universidad, la Reunión Latinoamericana de Escuelas de Economía, que tuvo lugar hace dos años, fue también auspiciada por la Universidad del Zulia. En febrero próximo tendrá lugar una Conferencia de Escuelas de Arquitectura de la Unión de Universidades de América Latina; el señor Rector es Miembro del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, pero incluso, antes de serlo, ha venido prestando su apoyo y entusiasmo a esta causa.

La Unión de Universidades de América Latina, en cuyo nombre hablo en esta ocasión, es un viejo anhelo, es un propósito ideal de nuestros países, pero precisamente por ideal se le ha tachado frecuentemente de romántico; se ha creído que no tendríamos mayor razón por estar unidos, para buscar

nuestro contacto estrecho, que las razones de lengua, de historia, de tradición, de cultura; pero el análisis más objetivo, más moderno, aún el análisis que pudieran hacer actualmente los desarrollistas, los desarrollistas económicos de nuestros países, la revisión más rigurosa que se quiera presentar respecto a los problemas de la América Latina nos mantiene irremisiblemente unidos. No creo que haya solución para ninguno de nuestros problemas: ni culturales, ni económicos, ni sociales, ni políticos, si no nos unimos. Y ese es el propósito fundamental de la Unión de Universidades de América Latina; sin descuidar la ayuda recíproca que podamos prestarnos en el camino académico, en el camino tecnológico, en el camino pedagógico, en el intercambio de medios y de recursos, sin duda lo más alto, lo más grandioso de nuestro propósito es el lograr la integración de América Latina. Cuando venimos a Venezuela, cuando vamos a Colombia, a la Argentina, al Uruguay, a Cuba, a cualquier otro país, vemos la evidencia de que no necesitamos demostraciones ni elucubraciones para sentirnos hermanos: somos hermanos, sentimos los mismos problemas, sentimos los mismos anhelos, tenemos el mismo futuro, no solamente el mismo pasado.

Es por esto que la Unión de Universidades de América Latina viene trabajando intensamente en los diversos campos profesionales y en los diversos campos de la cultura; celebramos además de Asambleas Generales, Conferencias de Escuelas Profesionales de Medicina, de Arquitectura, de Derecho, de Economía, etc. Hemos tenido, hace apenas dos años, en Chile, una gran reunión, una gran Conferencia sobre Planeamiento Universitario; tendremos en febrero próximo, bajo los auspicios de la Universidad Nacional Autónoma de México, una Conferencia de Difusión Cultural y Extensión Universitaria; es decir, vamos estudiando los problemas urgentes en las Universidades de este mundo actual, que pone a revisión la concepción misma de la Universidad, la concepción misma de la cultura, que ya no se quiere que sea un patrimonio de las Casas de Estudio y de la Universidad misma, sino que la cultura nos llega por caminos extra-escolares de manera muy profunda y tenemos que analizar al mismo tiempo ambos mecanismos.

Cuando la juventud disputa la posición de la Universidad como simple creadora de profesionistas para servir a clases establecidas, siempre hay lugar para volver los ojos atrás y revisar conceptos, y si bien es cierto que la Universidad debe servir a la comunidad, si bien es cierto que la Universidad tiene que estar presente en las necesidades económicas de desarrollo, de justicia, en que viven nuestros países, también es cierto que la Universidad no puede renunciar nunca a su papel de revisión, a su papel de criterio independiente, de criterio libre, libre de todo compromiso; tiene que existir siempre una estructura que revise constantemente, que sirva de crítica a la sociedad contemporánea y esa función tiene que seguir ligada a la parte más íntima, a la parte más integrada, más importante de la Universidad. No quiere decir esto, de manera alguna, que la Universidad no busque su integración a la comunidad y al medio que la rodea, que no se dé cuenta de lo que está ocurriendo en el mundo, y es esta revisión la que constantemente se hace.

La Conferencia de Difusión Cultural y Extensión Universitaria está concebida en esa forma de ver cómo no basta con la comunidad intramuros de profesores y estudiantes, sino que se necesita también abrir los ojos

a lo que está pasando fuera, como un medio cultural también trascendente y llenar también los compromisos ante la comunidad.

Esta Reunión de Facultades y Escuelas de Medicina tiene lugar en un momento en que se discute si la constitución de Escuelas y Facultades es el camino más adecuado para seguir trabajando en el campo de la salud. Se están creando más bien departamentalizaciones universitarias, tratando de quitar la estructura insular demasiado profesionalista de las universidades y por eso en los estudios que se presentan ahora, en esta Reunión, se incluyen tres temas de trascendental importancia: uno, el primero, es la relación entre la investigación científica y la docencia, pero no como dos entidades apartes, sino la investigación científica como determinante de la categoría de la docencia; la búsqueda de la verdad, la búsqueda de la verdad sigue siendo una finalidad fundamental del hombre, no solamente de la Universidad, sino de la humanidad entera y por eso la investigación la concebimos no como el propósito de descubrir solamente hechos nuevos, sino para mantener y para impulsar lo más trascendente que tiene el hombre: la mente, la posibilidad de utilizar las actividades mentales de una manera libre y de descubrir la verdad en cada hombre, por cada hombre de la comunidad, por cada joven, por cada miembro de la comunidad universitaria, o fuera de ella.

El segundo tema, es el relativo a la relación entre la docencia y, la salud pública, por eso se ha invitado de manera particular aquí a la Organización Mundial de la Salud y a los representantes del Ministerio de Salud Pública, porque ya no queremos estar formando médicos sin tener en cuenta los programas inmediatos del medio que van a rodcar al médico en el momento en que salga de la Universidad.

El tercero, la introducción dentro del curriculum de los nuevos campos de la ciencia que tienen relación estrecha con la medicina.

No creo que sea el momento de tomar más tiempo de ustedes en esta ceremonia; quiero expresar una vez más el agradecimiento de la Unión de Universidades para todos los presentes y para la Universidad del Zulia en particular, por la identificación con los ideales por los cuales lucha la Unión de Universidades de América Latina.

Muchas Gracias.

DISCURSO DEL DR. JOSÉ M. DELGADO OCANDO, RECTOR DE LA  
UNIVERSIDAD DEL ZULIA Y CUARTO VOCAL PROPIETARIO  
DE LA UDUAL

Señor Ministro de Sanidad y Asistencia Social, representante del señor Presidente de la República; señor Gobernador del Estado; señor Presidente y demás Miembros de la Mesa Directiva de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina; señor Secretario de la Unión de Universidades de América Latina; señores Miembros de la Conferencia; señores profesores y estudiantes; señoras y señores:

El cultivo de la ciencia y de la tecnología, especialmente en el campo de la medicina, presenta, como todas las empresas del mundo de hoy, las características de la cultura contemporánea, a saber: la profundidad del

conocimiento, el sentido instrumental de la ciencia y la fundamentación teórica de las concepciones del mundo.

En virtud de lo primero, "la Medicina se ha convertido en el gran poder salvador de nuestras vidas", a través de los espectaculares progresos de la bacteriología, la seroterapia, la bioquímica, la química molecular, los avances de la cirugía, la psicología científica, la psiquiatría y la medicina psicosomática, para mencionar sólo algunas de las disciplinas, cuyos aportes son tan extraordinarios que han logrado ya trascender hasta el gran público.

En virtud de lo segundo, la ciencia se convierte en técnica, de modo que a la investigación se la hace pasar las ordalías pragmáticas, so pena de merecer o desmerecer la sospecha de construccionismo teórico. En razón de lo tercero, la ciencia se hace una cuestión biográfica, en donde la antropología y la moral configuran la dimensión histórica del trastorno... Es como ha dicho Weizsäcker "la perspectiva patosófica de la medicina actual".

Estos tres aspectos de la cultura contemporánea se condensan en la revisión "cara al hombre" que ha experimentado la medicina moderna. Es el nuevo humanismo, cultivado desde la teoría puesta al servicio de la praxis, que Seifert llama poliespecialismo y que nosotros hemos concebido como especialismo orgánico o enciclopedia abierta.

C. G. Jung culmina este proceso de expansión orgánica del saber psicológico hasta llegar a una interpretación total del sentido del hombre. Jung "se convirtió en un auténtico polyhistor (especialista en varias materias), que no se limitaba a conocer y saber, sino que avanzaba creadoramente hasta concepciones nuevas y esto en muchos campos de las ciencias literarias y filosóficas, historia de las religiones y filosofía, arqueología e historia de la cultura, mitología y exploraciones orientales, etnografía y psicología. Este poderoso ensanchamiento del horizonte de la psicología actuó en una forma totalmente orgánica, no como resultado de una actividad investigadora insaciable, sino como la consecuencia natural de haber emprendido con seriedad el deseo de comprender la realidad de lo psíquico en su totalidad".

Esta es la perspectiva que nuestros países tienen del progreso de la medicina nueva, perspectiva que es necesario integrar en nuestro ambiente, hasta perfilar y definir la medicina del desarrollo que requiere el Tercer Mundo.

Hoy estamos reunidos aquí para evaluar nuestra capacidad universitaria en las tareas que son inherentes a las Escuelas de Medicina. La formación de los profesionales, la investigación científica y la humanización y culturización de la tecnología, deben revisarse, a la luz de estos valores, a fin de no trasladar a las universidades el saber que convierte a sus depositarios en dispensadores de privilegios, sino en realizar la revolución de la salud física y mental que necesitamos.

Sean bienvenidos a nuestra Universidad y a nuestra ciudad de Maracaibo los representantes de las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, en la hora de la toma de conciencia de la responsabilidad a asumir por las vicisitudes de nuestro mundo enfermo, pobre y explotado. La revisión de la medicina moderna "cara al hombre" tiene para nosotros una dimensión telúrica y debe acompañarse de la formación humana que exige la liberación social, política y económica de nuestros pueblos.

Señores.



## REGLAMENTO PARA LAS CONFERENCIAS DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA DE LAS UNIVERSIDADES AFILIADAS A LA UDUAL

El presente Reglamento ha sido formulado en vista a lo dispuesto por los Artículos 20º, 34º y 35º, de los Estatutos de la Unión de Universidades de América Latina, aprobados por la V Asamblea General celebrada en Lima, Perú, en octubre de 1967. Dichos Artículos se refieren a los fines de la Unión y a los Organismos de Cooperación y Estudios creados dentro de la misma.

### I. DE LA FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Artículo 1º Las Conferencias de Escuelas de Medicina y establecimientos equivalentes de Latinoamérica, convocados por la Unión de Universidades de América Latina, se efectuarán cada dos años en el lugar y sede que sea acordado en la última sesión plenaria de la Conferencia precedente. Se desarrollarán bajo los auspicios de una institución afiliada a la UDUAL.

En el caso de que por razones de fuerza mayor una Conferencia no pudiera desarrollarse en el tiempo y lugar elegidos, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL acordará la fecha de celebración y la nueva sede, según el Artículo trigésimo cuarto de sus propios Estatutos y después de agotar lo pautado en el Artículo dieciocho de este Reglamento con respecto a la sede suplente.

### II. DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Artículo 2º Las Conferencias serán organizadas inicialmente por la Secretaría General de la UDUAL, en consulta con el Presidente y el Relator General de la Conferencia anterior y, al ser determinada la sede, con la participación del Presidente y el Secretario General o quien haga sus veces en la Comisión Organizadora del nuevo evento.

Esta misma Comisión se encargará de velar por la mejor ejecución de los Acuerdos, Conclusiones y Recomendaciones de la Conferencia anterior.

El Temario, fechas, normas y demás previsiones de organización, serán determinados por este grupo: Se tomarán en cuenta los antecedentes y Temarios de las Reuniones y Conferencias anteriores.

Los trabajos presentados por los delegados deberán limitarse al Temario previamente fijado y se sujetarán a la extensión límite que se haya acordado. No se aceptarán trabajos sobre temas distintos a los fijados en la convocatoria y en caso de que algún miembro de la Conferencia desee informar a los asistentes acerca de otros asuntos, deberá entregar a la Secretaría de la Conferencia un número suficiente de ejemplares de su exposición escrita, para distribuirse, si lo aprueba la Mesa Directiva. No se dará lectura en las sesiones a ponencias o trabajos que no se refieran al Temario fijado o se excedan de la extensión límite señalada.

### III. DE LOS PARTICIPANTES OFICIALES

- Artículo 3º Las Conferencias estarán formadas por cuatro clases de Miembros: a) delegados, b) ponentes y comentaristas oficiales, c) observadores y d) invitados especiales.
- Artículo 4º Serán delegados los funcionarios universitarios, profesores u otros miembros de los Organismos que formen parte de las Escuelas de Medicina de la América Latina afiliadas a la UDUAL y que sean debidamente acreditados como representantes de ellas. Cada Facultad o Escuela Médica podrá hacerse representar hasta por cinco (5) delegados. Uno de los miembros de cada delegación tendrá el carácter de Presidente, de acuerdo con una comunicación oficial presentada a la Secretaría General o a la Comisión de Credenciales —según el caso— del Comité Organizador. La Escuela o Facultad sede podrá hacerse representar hasta por diez (10) delegados.
- Artículo 5º Serán ponentes y comentaristas aquellas personalidades que sean invitadas oficialmente para desarrollar el Temario y situar las bases de las discusiones y acuerdos de la Conferencia.
- Artículo 6º Los observadores serán: representantes de Escuelas de Medicina no afiliadas a la UDUAL y de organizaciones nacionales e internacionales que hayan sido invitadas por el Secretariado de la UDUAL de acuerdo con el Comité Organizador o viceversa.
- Artículo 7º Se consideran invitados especiales los miembros del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, los miembros del Comité Organizador, el Presidente y el Relator General de la Conferencia inmediata anterior, los Ex-Presidentes de la UDUAL, y aquellas personas o representantes de instituciones que hayan sido invitadas con tal carácter por la UDUAL de acuerdo con el Comité Organizador de la Conferencia, o viceversa.

#### IV. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

Artículo 8º Los delegados de las Escuelas y Facultades de Medicina, miembros de la UDUAL, acreditados oficialmente, tendrán derecho a voz y voto. Los ponentes y comentaristas oficiales, los observadores y los invitados especiales participarán en las deliberaciones y sólo tendrán derecho a voz, tanto en las sesiones plenarias como de comisiones.

#### V. DE LA MESA DIRECTIVA

Artículo 9º La Mesa Directiva de la Conferencia estará constituida por un Presidente, dos Vice-Presidentes, un Secretario General y un Relator General.

Artículo 10º El Presidente, el Secretario General y el Relator General serán elegidos en la sesión preparatoria por los delegados debidamente acreditados. Actuarán como Vice-Presidentes los Jefes de las delegaciones acreditadas, los que se turnarán en sus funciones en las sesiones plenarias de acuerdo a un orden establecido por sorteo en esta misma preparatoria. Se podrá completar la Mesa Directiva con Secretarios Adjuntos, en caso de juzgarse necesario.

#### VI. DEL DESARROLLO DE LA CONFERENCIA

Artículo 11º La Conferencia será antecedida por una sesión preparatoria presidida por un representante del Consejo Ejecutivo de la UDUAL. Formarán parte de la Mesa: El Presidente y el Secretario General de la Comisión Organizadora. Se abrirá la sesión con el informe de la Comisión de Credenciales. Esta Comisión de Credenciales estará formada por los miembros del Comité Ejecutivo de la UDUAL presentes, o sus representantes y por dos miembros que designe la Comisión Organizadora. Una vez aprobado dicho informe se procederá a la elección de la Mesa Directiva y a su toma de posesión.

Artículo 12º En esa misma sesión serán aprobados el calendario, la agenda y el número de Comisiones de Trabajo acerca de los Temas de la Conferencia. Se elegirán los miembros de las Comisiones de Reglamentos, de Redacción y Estilo y los otros que se acuerde designar.  
En esta sesión, será presentado el informe de la Comisión Organizadora por boca de su Presidente.

Artículo 13º Una vez determinado el número de Comisiones de Trabajo, se abrirá un registro para que los delegados acreditados, observadores e invitados especiales, anoten su preferencia de participación.

- Artículo 14º Las Comisiones serán instaladas por los miembros de la Mesa Directiva y los asistentes a ella designarán un Presidente, un Relator y un Secretario.
- Artículo 15º Los Secretarios de la Asamblea y de las Comisiones serán los encargados de levantar las actas de las sesiones respectivas.
- Artículo 16º Cada relator de las Comisiones elaborará un documento que consigne los Acuerdos y un resumen de las deliberaciones, los que serán aprobados en la última sesión de cada una de las Comisiones de Trabajo. Estos documentos serán entregados de inmediato al Relator General de la Conferencia, y una copia al representante de la UDUAL.
- Artículo 17º El Relator General presentará, en la última sesión plenaria, su informe general, que será leído para ser considerado y aprobado en su caso. El documento final será entregado a la Secretaría General de la UDUAL.
- Artículo 18º En la última plenaria será elegida la sede principal para la siguiente Conferencia.  
*PARAGRAFO UNICO.* En esta misma sesión se designará una sede suplente. La sede principal deberá ratificar, en un lapso no mayor de seis (6) meses, a la Secretaría General de la UDUAL, su aceptación para realizar la Conferencia; en caso contrario, la UDUAL oficiará a la sede suplente quien en un plazo de tres meses notificará si acepta o no. De ser negativa la respuesta, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL, procederá de acuerdo a lo pautado en el Artículo 1º, del presente Reglamento.
- Artículo 19º Al final de cada Conferencia se publicará, a expensas de la Institución que haya sido la sede, una Memoria que reúna los trabajos, comentarios y resoluciones de la misma. Esta Memoria se publicará bajo la dirección técnica del Secretariado de la UDUAL.

## REGLAMENTO INTERNO DE LA VII CONFERENCIA DE ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

(21-25/noviembre/1971)

1. Por acuerdo de la VI Conferencia de Escuelas de Medicina de Latinoamérica, celebrada bajo los auspicios de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en septiembre de 1969 y según oficios N° 258/70 de mayo de 1970 (Secretaría General de la UDUAL) y N° A-586-70 de abril de 1970 (Asociación Venezolana de Facultades de Medicina-AVEFAM), la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, se constituye en organizadora y sede de la VII CONFERENCIA DE ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA, la cual se realizará del 21 al 25 de noviembre de 1971.
2. La VII Conferencia se organizará de común acuerdo con el Secretariado General de la UDUAL y a tales efectos habrá una primera reunión en México, (o en el lugar donde la sede se encuentre), donde asistirán el Secretario General de la Unión, el ex-Presidente y el ex-Relator General de la Conferencia inmediata anterior y el Presidente y el Secretario General, o quien haga sus veces, de la Comisión Organizadora de la nueva sede. Esta Comisión acordará los pasos a seguir para el desarrollo de la organización de la VII Conferencia.
3. La Secretaría General de la UDUAL actuará como Organismo Coordinador de la Comisión Organizadora y AVEFAM y el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, serán los Organismos Asesores.
4. Son propósitos de la VII Conferencia:  
Estimular el análisis, discusión y presentación de trabajos sobre los siguientes temas:
  - 4.1. La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica.
  - 4.2. Integración de la enseñanza con los servicios médicos de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito.
  - 4.3. La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea.
  - 4.4. Sentar las bases para que, en la medida de sus posibilidades, las Facultades y Escuelas de Medicina de Latinoamérica, apliquen los

acuerdos, conclusiones y recomendaciones de las Conferencias. En ese sentido, la Comisión Organizadora de la VII Conferencia propondrá que en las Conferencias futuras, se incorpore al orden del día un punto relativo a la evaluación de tales acuerdos, conclusiones y recomendaciones, cuyo informe deberá estar a cargo del Presidente y el Relator General de la Conferencia inmediata anterior.

#### DE LOS PARTICIPANTES Y SUS DERECHOS:

5. Son los participantes de la VII Conferencia:
  - a) los delegados oficiales debidamente acreditados,
  - b) los ponentes y comentadores oficiales,
  - c) los observadores, y
  - d) los invitados especiales.

Todo conforme a los Artículos 3o., 4o., 5o., 6o., 7o., y 8o., del Reglamento General para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las Universidades afiliadas a la UDUAL.

#### DE LAS NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS OFICIALES DE LAS UNIVERSIDADES

6. Todas las Escuelas de Medicina afiliadas a la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) podrán presentar ponencias sobre el Temario señalado. En el caso de que una Institución desee presentar ponencias sobre más de un tema, esos trabajos serán independientes unos de otros.
7. El periodo para presentar ponencias terminará el día 28 de febrero de 1971.
8. Los trabajos tendrán una extensión máxima de cincuenta (50) cuartillas tamaño carta, mecanografiadas a renglón abierto.
9. Deberán enviarse tres (3) copias de los trabajos y dentro del plazo señalado anteriormente, original y una copia a la Secretaría General de la UDUAL, en la siguiente dirección: Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina, Apartado Postal 70232, México, D. F. y una copia al Dr. Heber Villalobos, Apdo. 15107, Las Delicias, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.
10. Las Escuelas de Medicina podrán entregar trabajos fuera de los plazos señalados para las ponencias oficiales. Estos trabajos deberán enviarse a la Comisión Organizadora de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela, en el número de copias necesarias para ser distribuidas a los Delegados en la Conferencia y no se hará lectura de ellos en las sesiones de la misma.

#### DE LOS PONENTES

11. La Comisión Organizadora de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, conjuntamente con el Secretariado Ge-

neral de la UDUAL, designará un especialista para cada uno de los temas. Cada especialista se encargará de elaborar un estudio detenido del tema que le sea asignado, incorporando las ideas y proposiciones de las ponencias presentadas por las diversas Escuelas y Facultades de Medicina.

Los ponentes oficiales (especialistas) empezarán desde luego a documentarse sobre los temas señalados y a preparar su trabajo, a reserva de incorporar el material contenido en las ponencias enviadas por las Escuelas de Medicina miembros de la UDUAL.

12. Los trabajos de estudio, recopilado y resumen de los especialistas podrán tener una extensión máxima de doscientas (200) cuartillas tamaño carta, mecanografiadas a renglón abierto. Estarán acompañados de un extracto para ser leído en las primeras sesiones plenarias de la VII Conferencia en un tiempo que no exceda de treinta (30) minutos de diez (10) a doce (12) cuartillas.
13. La Secretaría de la UDUAL remitirá a los especialistas designados, las ponencias oficiales de las universidades afiliadas que hayan sido entregadas en el plazo señalado en el parte 7.
14. Cada especialista deberá enviar original y copia de su trabajo a la Secretaría General de la UDUAL y una copia al Dr. Heber Villalobos. El plazo máximo para la presentación de estos trabajos por encargo vencerá el día último del mes de mayo de 1971.
15. Estos trabajos de los ponentes oficiales serán reproducidos de inmediato y enviados en el curso del mes de junio del presente año, a los comentaristas oficiales y a todas las Escuelas de Medicina de América Latina afiliadas a la UDUAL.

#### DE LOS COMENTARISTAS OFICIALES

16. La Comisión Organizadora de la VII Conferencia, de común acuerdo con la Secretaría General de la UDUAL, designará dos comentaristas para cada uno de los temas, quienes presentarán sus comentarios teniendo como base la ponencia oficial, en una extensión máxima de diez (10) cuartillas tamaño carta, mecanografiadas a renglón abierto.
17. Los Comentaristas oficiales elaborarán sus comentarios conforme a lo señalado en el aparte anterior. Enviarán una (1) copia de los mismos a la UDUAL, en México y dos (2) copias al Dr. Heber Villalobos en Maracaibo, a más tarde el 31 de agosto de 1971; esos comentarios serán reproducidos por la Comisión Organizadora de la VII Conferencia, para su posterior entrega a los participantes de la misma.  
Estos comentarios serán leídos en las sesiones destinadas al efecto, conjuntamente con la síntesis de cada una de las ponencias oficiales.
18. Las Escuelas de Medicina afiliadas podrán hacer comentarios a las ponencias oficiales y presentarlos por sus delegaciones a la VII Conferencia, por lo tanto se encargarán de entregar el número suficiente de ejemplares al Secretario de la misma.

NOTA: Los plazos originales fueron los siguientes:

Ponencias de las Escuelas Afiliadas:	30-12-70
Ponencias de los Especialistas:	28-02-71
Comentarios Oficiales:	31-05-71

*DE LAS SESIONES:*

19. La VII Conferencia se desarrollará en:  
Sesiones Plenarias y Sesiones de Comisiones.
- 19.1. Habrá una Sesión Plenaria Preparatoria para conocer el presente Reglamento, elegir la Mesa Directiva y demás actividades acordadas previamente por el Secretariado General de la UDUAL y la Comisión Organizadora, conforme a los Artículos 9º, 10º, y 11º, del Reglamento General.
- 19.2. Habrá además cinco sesiones plenarias, un acto de instalación y uno de clausura.
- 19.3. En las plenarias participarán los inscritos en la VII Conferencia y todos tendrán derecho a voz. Sólo las delegaciones oficiales tendrán derecho a voto y se computará uno por cada delegación, independientemente del número de delegados que la integre.
- 19.4. Las Sesiones de Comisiones correspondientes a cada uno de los puntos del Temario, se realizarán con la participación de los miembros previamente inscritos ante la Comisión respectiva. Se efectuarán simultáneamente de conformidad con el Programa General de la VII Conferencia.
- 19.5. Los ponentes y comentaristas oficiales participarán en las Sesiones de Comisión, conforme a su particular interés.
- 19.6. El Relator General y los Relatores de las Comisiones, procederán conforme a lo pautado en los Artículos 17º y 18º, del Reglamento General.
- 19.7. La exposición del informe-dictamen de Comisión en las Sesiones Plenarias será efectuado por el (Presidente) (Relator General) o por quien lo represente; la intervención del ponente y de cada objetante durará 5 minutos; no podrá un mismo objetante intervenir más de una vez, salvo que, a juicio de la Mesa, sea necesaria una segunda y última intervención.
- 19.8. Cada Comisión determinará las normas para su funcionamiento, teniendo como principio el logro de óptimos resultados en sus discusiones.
20. Los acuerdos de la VII Conferencia serán sometidos a votación. Para la aprobación de ellos se requiere la mayoría de los votos presentes.
21. Los Idiomas Oficiales de la VII Conferencia serán el español, el portugués y el francés. Este último, en caso de que asista la Universidad de Haití.  
*UNICO:* La Comisión Organizadora local se compromete a brindar traducción simultánea al idioma portugués, si el número de delegados oficiales así lo amerita.
22. Cualquier asunto no previsto en el presente Reglamento, se resolverá de acuerdo al Reglamento General para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las Universidades afiliadas a la UDUAL, y, en última instancia, por la Mesa Directiva de la VII Conferencia.

## SESIONES PLENARIAS

### PRIMERA SESIÓN PLENARIA

*Lunes 22 de noviembre de 1971.*

#### PRESENTACIÓN DE TRABAJOS Y COMENTARIOS OFICIALES DEL TEMA I:

La primera Sesión Plenaria de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de las Escuelas de Medicina de América Latina".

La primera Sesión Plenaria de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, dio comienzo el lunes 22 de noviembre a las 9:55 de la mañana, en el Salón Caroní del Hotel del Lago, luego de verificada la asistencia de la mayoría de las delegaciones.

El presidium fue ocupado por el Presidente de la Conferencia, Dr. Heber Villalobos (Venezuela), el Secretario General de la misma, Dr. Varan von Smith (Cuba) y el Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la UDUAL.

El Presidente toma la palabra para informar que se hizo el sorteo señalado en el Art. 10º del Reglamento General para designar los Vice-Presidentes de las Plenarias y en primer lugar resultaron electos los doctores Rafael T. Darricarrere de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción en Chile y Eduardo Yépez, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, Quito, a los cuales agradece pasen al presidium.

En esta misma oportunidad el Presidente informa que el Dr. Darricarrere, electo Relator General en la Sesión Preparatoria, no puede aceptar esa designación en virtud de que no permanecerá durante todo el desarrollo de la VII Conferencia. En consecuencia, esta primera plenaria deberá elegir otro Relator General. El Secretario General, Dr. Von Smith, propone al Dr. Pablo Carlevaro, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Uruguay), como Relator General de la VII Conferencia. La Plenaria acepta la proposición y el Dr. Carlevaro pasa al presidium.

El Presidente toma la palabra para informar que el Secretario General se dirigirá a la plenaria para dar lectura a algunos avisos en relación con la Conferencia.

*Dr. Von Smith:* En relación con las inscripciones les informo que la Comisión de Credenciales presenta el siguiente registro:

La Comisión de Credenciales ha presentado el siguiente registro hasta las 8 de la noche del día de ayer:

Delegados Oficiales	40
Invitados Especiales	19
Observadores	31
Para un total de	<u>90</u> participantes.

Estas cifras se van modificando diariamente, con nuevas inscripciones y se les hará saber a medida que ellas se realicen. Queremos informar también, que la Comisión de Redacción y Estilo, conforme a lo acordado en la Preparatoria de que fuese integrada con personal de la sede, quedó constituida por el Dr. Francisco Gómez, el Dr. Jorge Vera y el Dr. Pedro Iturbe. Ellos, pues, son los profesores responsables de dicha Comisión.

El Presidente de la Conferencia toma la palabra para indicar que se va a proceder a dar lectura al tema número uno, "La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica", a cargo del señor Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tiene la palabra el Dr. José Laguna.

(El Dr. Andrés Rotta (Perú), solicita el derecho de palabra. La presidencia se lo concede antes de dar inicio a la lectura del Tema I).

*Dr. Andrés Rotta:* Yo quiero proponer que antes de dar inicio, formalmente a esta Conferencia, se guarde un minuto de silencio en homenaje a la memoria del Dr. Bernardo Houssay, Premio Nobel de Fisiología, quien falleció en Argentina hace pocos meses y a quien se había invitado para que realizara la ponencia central sobre el Tema I; de manera pues que los invito a que expresemos nuestro sentimiento de pesar por su fallecimiento guardando ese minuto de silencio. (El Dr. Rotta hace mención de los relevantes méritos del Dr. Houssay y de las importantes contribuciones que aportó al desarrollo científico).

El Presidente de la Conferencia pone a consideración de la Plenaria la proposición.

El Dr. del Pozo solicita la palabra. La Mesa se la concede.

*Dr. Efrén C. del Pozo:* Como Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina, me sumo con todo entusiasmo a la proposición que ha hecho la delegación del Perú. En efecto, el Dr. Bernardo Houssay no sólo fue un distinguidísimo hombre de ciencia que honró grandemente a toda la América Latina, sino que siempre tuvo presente, en todas sus expresiones y a lo largo de su vida, la necesidad de unión de todos los países de la América Latina. Él fue el fundador de la Federación Latinoamericana de Ciencias Fisiológicas; él, durante toda su vida trabajó por este ideal, por la necesidad de la reunión de todos los miembros de esta comunidad universitaria; él fue además de un distinguido hombre de ciencia, un promotor siempre activo de la mejoría de la enseñanza médica; él promovió la necesidad de que las ciencias básicas figuraran de una manera preeminente dentro de la enseñanza médica; fue también un purista del lenguaje, luchó toda su vida por la defensa del idioma español, por mejorar y por hacer buen uso de la lengua, aún en el terreno científico.

El Dr. Bernardo Houssay recibió honores de todas las academias y de todas las instituciones científicas del mundo y es por eso también, por su preocupación grande respecto de este Tema No. I, es decir, la educación científica dentro de la enseñanza médica, por lo que el primer pensamiento de la Comisión Organizadora de esta Conferencia fue ofrecerle al Dr. Bernardo Houssay esta ponencia. Él nunca dijo que no, sino que recibimos constantes solicitudes de demora en vista de la situación de su salud; está entre nosotros el Dr. Santos quien en ese tiempo fue Rector de la Universidad de Buenos Aires y además fue médico personal del Dr. Houssay y él fue una de las personas que nosotros consultamos frecuentemente acerca de la posibilidad de que el Dr. Houssay aceptara esa invitación. En vista de que no fue posible, agradecemos mucho al Dr. Laguna su aceptación de la tardía solicitud para la preparación del trabajo fundamental, el cual ha desarrollado con su conocida capacidad.

La Unión de Universidades de América Latina se complace mucho en la proposición presentada aquí y vemos como una medida muy oportuna, al iniciar las labores de este Congreso, rendirle un homenaje a uno de los más grandes pensadores, a uno de los más grandes médicos y a uno de los más grandes hombres de ciencia de América Latina.

(Se cumple el minuto de silencio en memoria del Dr. Bernardo Houssay).

Seguidamente el Dr. José Laguna, de México, Ponente Oficial del Tema I "La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica", da la lectura al mismo.

(Al terminar la lectura se escuchan aplausos).

*Dr. Heber Villalobos:* Luego de haber escuchado la lectura del interesante trabajo presentado por el Dr. Laguna, vamos a escuchar la lectura de los dos comentarios oficiales al tema, uno de los cuales corresponde a la representación del Perú, en las personas del Dr. Andrés Rotta (Director del Programa Académico de Medicina) y del Dr. César Reynafarje (Director del Instituto de Investigaciones de Altura y Biología Andina). La representación del Perú, tiene la palabra.

El Dr. Andrés Rotta da lectura al comentario respectivo.

(Termina la lectura que es rubricada con aplausos).

*Dr. Heber Villalobos:* Damos las gracias al Dr. Andrés Rotta por la lectura del comentario oficial al Tema I. Corresponde ahora al Dr. Tulio Arends, dar lectura a su comentario oficial sobre el referido Tema. El Dr. Tulio Arends es Profesor Agregado, Cátedra de Medicina III de la Universidad Central de Venezuela.

*Dr. Tulio Arends:* Los comentarios a la ponencia oficial del Dr. Laguna, voy a hacerlos en forma esquemática a fin de darle mayor agilidad a dichos comentarios.

(El Dr. Arends, teniendo como guía su comentario oficial elaborado sobre el Tema I realizó una exposición del mismo apoyándose en la proyección de diapositivas ilustrativas del comentario). Para finalizar el Dr. Arends, agregó:

Quiero presentarles uno de los problemas que tiene el investigador y el "administrador de ciencia" en Venezuela. Es la mortalidad de las revistas médicas nuestras. Desde 1881 hasta nuestros días, hemos conseguido

datos ciertos de 150 revistas, de las cuales, solamente existen en la actualidad 37, el 75% ha "fallecido". Ahora, tomando los datos de las fallecidas, se me ocurrió hacerle una curva de mortalidad y hemos encontrado estos datos interesantes: en primer lugar, la media vida, —para usar términos de isótopos radiactivos— es menor de 2 años; en segundo lugar parece que hay que pasar los 7 años, para que la revista tenga grandes posibilidades de sobrevivir, esto nos indica, la gran cantidad de revistas que antes de los 7 años desaparecen; de las que existen en la actualidad, hay alrededor de 14 que tienen menos de 5 años, de las cuales calculamos y esperamos que desaparezcan—alrededor de 10, porque esta cantidad de revistas que tiene el país significa pérdida de esfuerzos y de dinero porque se pierden en las bibliotecas debido a que no son bien registradas, analizadas y resulta difícil encontrarlas. Este es uno de los problemas de la difusión científica que se hace en las Escuelas Médicas de Latinoamérica.

Son estos, pues, los comentarios que me ha provocado, la magnífica ponencia oficial del Dr. Laguna y me he independizado un poco en estos comentarios pero están influenciados, prácticamente, por la lectura de dicha ponencia.

Muchas gracias.  
(Aplausos).

*Dr. Heber Villalobos:* Muchas gracias al Dr. Arends por su comentario a la ponencia del Dr. Laguna, relativa a la investigación científica. Terminada la lectura de la ponencia oficial y de los comentarios oficiales, debemos proceder ahora a abrir la discusión sobre el Tema; para ello agradecemos tengan a bien llenar los formularios de "Solicitud de Palabra" distribuidos al efecto y hacerlos llegar a la Mesa Directiva, donde serán atendidos en el mismo orden de llegada. Nos permitimos recordarles, a quienes deseen participar en la discusión, que conforme al Reglamento la intervención es de sólo cinco minutos y por una sola vez a menos que la Mesa Directiva juzgue conveniente ofrecer una segunda oportunidad.

*Dr. Heber Villalobos:* Muchas gracias a todos por sus intervenciones. Antes de dar por concluida esta Sesión Plenaria, vamos a dar la palabra al señor Secretario para un anuncio importante.

*Dr. Varan von Smith:* Rogamos a los distinguidos delegados que no tienen tarjeta por haberse inscrito tarde, hagan el favor de pasar por Secretaría a recogerlas.

El Presidente da las gracias por la asistencia e invita a los participantes para las 3 de la tarde cuando se realizará la segunda plenaria.

TEMA I

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA COMO FACTOR DETERMINANTE  
EN LA FUNCIÓN DOCENTE DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA  
DE AMÉRICA LATINA

Ponente Oficial:  
DR. JOSÉ LAGUNA\*

\* Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.



## LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA COMO FACTOR DETERMINANTE EN LA FUNCIÓN DOCENTE DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LATINOAMÉRICA

DR. JOSÉ LAGUNA

### *Introducción*

En nuestro medio, Latinoamérica, se reconocen serias discrepancias entre opiniones, aún sostenidas con firmeza en el terreno de las ideas y la teoría, y su traducción a acciones y hechos concretos. Una de las más claras discrepancias se encuentra en lo relativo a la investigación científica en las escuelas de medicina. Por ejemplo, todos apoyamos, con gran vigor el concepto de que la enseñanza científica es un componente indispensable de todo programa y plan de estudios y hemos firmado estatutos, reglamentos y declaraciones diversas; así, en la Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina, aprobada en 1957, se expresa: "la educación médica tiene como fundamento el pensamiento científico y como objetivo determinar que el estudiante adquiera y desarrolle sus conocimientos, habilidades, aptitudes y conciencia ética que lo capaciten como médico para..." Es este un caso de una de tantas declaraciones oficiales que concurren a la idea de obligatoriedad de la educación científica en las escuelas de medicina con lo que se lograría, en su operación, que esas instituciones sean "verdaderas estructuras universitarias y no organizaciones técnicas". Así, es fácil constatar lo raro que es encontrar un profesor, un profesional o un funcionario que no se declare vigorosamente a favor de la investigación, como un componente indispensable de las tareas de la educación superior y, en consecuencia, como factor ineludible en la planeación del desarrollo científico y tecnológico de nuestros países. Y sin embargo, en Latinoamérica, la mayor parte de las 151 escuelas de medicina registradas en 22 países, sólo muestran precarios mecanismos para el impulso de la investigación entre su profesorado. Basta con constatar el reducido número de profesores de tiempo completo —sin los cuales ni siquiera puede hablarse de labores de investigación en la mayoría de nuestros planteles educativos;<sup>1</sup> aún en aquéllos donde sus proporciones son mayores, como en Cuba, El Salvador, Colombia y otros, a menudo se trata de profesores de dedicación completa a labores docentes, o administrativas, o ambas. Dejamos asentado este hecho, aún cuando no podamos hacer más comentarios al respecto, pues carecemos de los datos objetivos que nos permitieran relacionar el

número y el tipo de profesores con las funciones (docencia, investigación o administración) que desempeñan y, lo que sería aún más difícil con su productividad científica, o de promoción educativa de alto nivel, entre los alumnos a su cuidado.

Existen otros claros ejemplos de discrepancia entre los juicios que emitimos y nuestros logros; así, al opinar a favor de la investigación, muy a menudo limitamos nuestra perspectiva y hasta nuestras ambiciones, al campo restringido de las llamadas disciplinas básicas y aún entre ellas, hacemos hincapié en la fisiología, la bioquímica, la microbiología y la farmacología. No obstante, como educadores de nivel universitario, y con el cargo específico del adiestramiento de los médicos, deberíamos reconocer la necesidad de que los terrenos propicios para la investigación deben ser todos los que comprenden los campos formativos de la carrera; no se puede excluir, de esta situación, a la investigación clínica, ni la que analiza problemas ecológicos integrales, ni la vinculada con las tareas de sociología médica, y de los conceptos de prevención que ya van formando una segunda e indisoluble estructura en la fuerte armazón que sustenta el concepto del médico contemporáneo. Para nuestros fines institucionales, el desarrollo de facilidades para hacer investigación en el área de la educación médica también resulta obvio. La restricción que nosotros mismos hacemos del campo de la investigación nos impide actuar con criterio homogéneo y unificado, y contribuye a la obtención de pobres resultados por la falta de continuidad en los esfuerzos.

Podemos continuar con ejemplos adicionales del mismo fenómeno; cada uno de nosotros, con su particular experiencia, puede aportar observaciones y hechos parecidos. Conviene, mejor, establecer denominadores comunes y reflexionar sobre las causas primeras o accesorias que contribuyen a este estado de cosas. Olvidemos, por un momento, aunque en ocasiones esto pudiera ser válido, que la causa de todas las deficiencias es la falta de los recursos económicos necesarios; sabemos de sobra que en nuestros países las distribuciones presupuestales llegan a ser hasta amplias, pero al mismo tiempo erráticas e incongruentes en sus aplicaciones específicas. Busquemos, por lo tanto, causas reconocibles que, puedan ser susceptibles de ataque y abrir la puerta a soluciones más definitivas.

En muchos plantcles, es posible que una causa grave de problemas esté en sus mismos profesores y administradores. Quizás no tendremos dificultades para identificar elementos serios de incomprensión, escepticismo e indiferencia entre las propias personas que formulan las políticas generales de la educación profesional o toman decisiones que afectan, de manera crítica, la aplicación de los presupuestos correspondientes. Y si nuestros directivos, en la práctica, no apoyan la realización de los trabajos de investigación, a pesar de sus declaraciones oficiales al respecto, debemos considerar, de la mayor urgencia, el análisis de las razones para el desacuerdo entre lo que declaramos y lo que logramos, entre lo que decimos y lo que hacemos, entre la definición de nuestros objetivos y los mecanismos que proponemos para ejecutarlos, entre el deseo de lograr algo y la convicción íntima y vigorosa de que podemos llevarlo a cabo. Es posible que, actuando de esta manera, lleguemos a establecer objetivos definidos, a nuestro alcance, susceptible de poner en práctica, valorables en todo mo-

mento, rectificables en cuanto se aparten de nuestra realidad y los únicos que constituyan la base de futuras realizaciones.

### *Objetivos de la investigación científica en las escuelas de medicina*

En términos generales la importancia de la investigación en una escuela de medicina se enfoca a dos metas bien claras: en primer término, la de ayudar al progreso de la propia medicina, con lo que se mejoran las actividades del servicio que se presta a la comunidad, elevando así la salud individual y social; en segundo término —y podríamos afirmar que en nuestro medio es el factor más importante y el que debemos atender con mayor cuidado— la investigación científica crea una actitud intelectual que condiciona, en los hombres que la adquieren, un modo de hacer las cosas diferente, una capacidad de autocrítica constante, un continuo despertar de iniciativa y una mayor habilidad para resolver los problemas cotidianos.

Basándonos en unas ideas de Kornberg<sup>2</sup> podríamos reconocer que la posesión de un espíritu científico en un médico (o en cualquier profesional o estudiante) representa el ejercicio de tres actividades:

1. Entusiasmo para resolver los problemas (y en nuestro caso podemos considerar cualquier enfermo, cualquier historia clínica como un típico ejemplo de un problema) que provoquen una poderosa curiosidad intelectual.
2. Gran satisfacción de poder resolver estos problemas con alta pericia profesional y
3. Interés verdadero por adquirir o tener actitudes creadoras, las únicas que garantizan un alejamiento real de la practiconería y el empirismo.

Esta actitud, este espíritu científico, como forma de vida y como perspectiva de todos los actos profesionales; requiere de la atmósfera, del ambiente formado por una comunidad donde los hombres maduros, los maestros, que rodean a sus jóvenes alumnos, los interesan, e incorporan, a un nuevo modo de apreciar los fenómenos biológicos y sociales, componentes básicos de la actividad médica. Aunque tales maestros pudieran ser profesores convencionales, es decir personas con capacidad profesional enfocada a la educación (y de hecho en nuestro medio y en nuestras escuelas se pretende que sean los más comunes) habitualmente preferimos identificarlos con investigadores, individuos que han dedicado su vida a formarse dentro del estudio y de la pesquisa, que han explotado su innata curiosidad para formularse preguntas importantes enfrentada, una y otra vez, a la prueba crucial de la experimentación. Los investigadores son —y no podría ser de otra manera— los generadores de otros investigadores; llevan en sí mismos la esencia de su autoperpetuación. Los investigadores, con su actitud y su ejemplo, hacen de la investigación, como expresa claramente del Pozo<sup>3</sup> una disciplina y una actitud mental... el ejercicio tenaz de las dotes de indiferencia, el análisis dinámico de cada problema representa una disciplina de observación y práctica inductiva que lleva a hipótesis de trabajo, que, a su vez, conducen a estudios bien orientados".

Cualquiera sea la trascendencia de la investigación en medicina —mejo-

ramiento de servicios o factor modificador de las aptitudes de los hombres—debemos tener presente que, en esencia, ambas características están relacionadas de modo íntimo y a menudo son indisolubles, independientemente de la mayor importancia relativa de uno u otro factor. Por ejemplo, aún cuando un hombre no logre producir trabajo original de grandes consecuencias, tiene no obstante, un papel de importancia en el proceso educacional ya que los nuevos descubrimientos, para difundirse, requieren de su participación sin la cual no es posible promoverlos; tal participación se deriva de la propia actitud científica, de la convivencia constante con el desarrollo mismo de la ciencia, con el hecho de que ese individuo ha sido y es un profesor y un investigador o por lo menos un profesor que por el contacto estrecho y continuado con los investigadores, ha adquirido la mente de un hombre de ciencia.

### *Obstáculos para la formación del espíritu científico entre los estudiantes de medicina*

Es posible que el problema aislado más serio al que se enfrenta la estructuración de un plantel de alta enseñanza, como es una escuela de medicina, sea la que comúnmente se piensa que el dinero gastado en la investigación no está justificado en tanto que existan en nuestras escuelas necesidades urgentes de toda índole. Esta opinión la oímos incluso en boca de muchos de nuestros propios compañeros, frecuentemente de los profesores de clínica y de otras asignaturas conexas. Todos conocemos profesores activos de nuestras escuelas que insisten en considerar a la ciencia como un artículo de lujo, alejado gravemente, según dicen ellos, de las características prácticas que debiera tener toda actividad educativa en nuestros países que aún no emergen del subdesarrollo o del mal desarrollo. A menudo —y esto es muy grave cuando tal opinión la sostienen directivos y administradores de las escuelas— estas personas están ciertas de que no debe hacerse ningún esfuerzo para fomentar los estudios científicos fundamentales y que todas las energías deben conservarse para formar buenos profesionales que rindan servicios directos a la sociedad.”<sup>4</sup> Este punto de vista trata de excluir el pensamiento científico de la enseñanza profesional sin tomar en cuenta que ésta debe estar basada en los conceptos generales y sólidos que sólo pueden comprenderse y promoverse a través de la propia ciencia. La ciencia, así, se convierte en la estructura que sostiene la etapa de la formación del estudiante en su paso por la escuela de medicina. Lipschutz<sup>5</sup> define con claridad el papel de la ciencia en la simple tarea pedagógica del profesor: “El profesor no debe exponer los hechos con simple afán informativo, sino debe presentar el desarrollo y la crítica de los hechos, observados, analizados y valorados con criterio científico”.

El ejercicio de la medicina aún cuando se ha reducido en ocasiones a la preservación empírica de reglas, normas y medidas, a menudo ciegas, si ha de tener grandes alcances y proyecciones al nivel humano y social, dependerá del proceso íntimo del pensamiento científico: observación, análisis, experimentación, reflexión, observación, etc. Así la educación científica que sólo se adquiere durante la vida universitaria, cuando el joven es susceptible a la adquisición de los hábitos de desarrollo de intereses, de obtención de conocimientos y de autoeducación, resulta más importante que la proficien-

cia de cualquier técnica, que siempre podrá dominarse con la práctica necesaria. Si no imbuimos el pensamiento científico en nuestros alumnos, corremos el riesgo de orillarlos a adquirir actitudes superficiales, a no reforzar su autocrítica, a no aprender con la experiencia de los fracasos y de los errores; sentamos, así, las bases para que se vuelvan empíricos, prácticos, irresponsables. Mi experiencia, y la de muchos profesores, es la de que buen número de nuestros egresados, recién obtenido su título profesional, muestran falta de curiosidad e iniciativa, baja capacidad de observación, rara vez ordenan o interpretan los hechos a los que se enfrentan e incluso el empleo que hacen de los términos médicos es frecuentemente impreciso. Esto es motivo de preocupación tanto por el hecho consignado a nivel del individuo como porque éste, a lo largo de los 25 o 30 años de su vida profesional, tendrá mayores dificultades para aprender a base de su propia experiencia, y de la ajena, y para seguir interesándose en los conocimientos médicos que se acumulan incesantemente.

Hay otras circunstancias que obstaculizan a la adquisición del espíritu científico en los estudiantes de medicina. Una de las más graves frecuentemente es la pobre unificación de los programas a lo largo de todo el plan de estudios de la carrera de medicina. Los clínicos no avezados en el pensamiento científico, al actuar como maestros, serán incapaces de inculcar a sus estudiantes la estricta metodología y los puntos de vista de la ciencia. En los años de adiestramiento clínico, del internado y de las residencias, los alumnos tenderán a seguir el ejemplo de sus maestros de clínica, a menudo poco científicos y que resuelven la mayor parte de las situaciones con un enfoque empírico. Así, la segunda parte del ciclo educativo, la de la clínica, está muy distante del ciclo preclínico, el de las ciencias básicas, el que pretende dejar características formativas indelebles.

Esta situación es grave; es bien sabido que si algo ha de lograrse en una labor educativa, el trabajo debe ser realizado por la totalidad del cuerpo docente; se requiere la colaboración de todos los profesores ayudantes e instructores de todas las materias; no importa qué tanto trabaje un grupo o un departamento, si no es respaldado por el resto de los profesores su esfuerzo tiene grandes facilidades de fracasar. Urge establecer una unificación interdepartamental más sólida; la integración de las disciplinas morfológicas y fisiológicas podría ser una base para consolidar, después, las relaciones adecuadas de las asignaturas preclínicas y las clínicas, carencia por demás común en nuestras escuelas. En buen número de hospitales de enseñanza, los médicos, no entrenados previamente dentro del espíritu científico, practican a menudo, en forma empírica, las medidas diagnósticas y terapéuticas que se traducen en rutinas interminables. A veces se recurre al inútil expediente de incluir en los programas de clínicas una conferencia sobre asuntos de las ciencias básicas, más con espíritu informativo que formativo y que en general se pierden en el panorama confuso de datos y hechos que se manejan desde un punto de vista teórico pero no aplicativo y que tienden a dejar en el ánimo del estudiante la idea de que los profesores recurren a la convencional tradición de: "haz como digo y no como hago".

Existen otras causas que pudiéramos invocar como contribuyentes a la falta de espíritu científico entre los estudiantes de medicina y aún entre los médicos. Entre ellas destaca —y parece imposible superarla— la de la

actitud poco científica con la que llegan a las escuelas de medicina una buena proporción de los estudiantes. En los ciclos secundarios se hace énfasis en la obtención de logros académicos y el esfuerzo se aplica, más bien, a la acumulación y retención interminable de hechos. En el propio ciclo de enseñanza secundaria la obtención de las bases de la metodología científica es difícil; y más aún, es posible que muchos profesores de este nivel logren eliminar toda posibilidad de adquisición del concepto de la ciencia aún en aquellos alumnos que, de manera natural, están inclinados a ella. Un estudiante, antes de entrar en la escuela de medicina, pasa por fases críticas de mala información y de orientación defectuosa; muchos de ellos están convencidos de que el estudio de la medicina no requiere el empleo de la ciencia y hay algunos que desean abrazar esta profesión precisamente por ese motivo. Es más grave aún el hecho de que nosotros, los profesores, los aceptamos y dedicamos nuestro esfuerzo año con año a cientos o miles de estudiantes que ignoran hasta los rudimentos de las ciencias más elementales, pretendemos enseñar los rudimentos de ciencias más complejas y los transferimos a profesores de clínica, comúnmente sin espíritu científico, para que ellos terminen su educación. ¿Es este un buen camino para lograr que los médicos adquieran y posean espíritu científico?

Un esfuerzo para superar el problema de la mala preparación actual lo llevan a cabo diversas escuelas de medicina de la América Latina que exigen un ciclo de "estudios generales" o de "estudios premédicos" como previos al ingreso a la escuela de medicina. En numerosos países latinoamericanos<sup>1</sup> se incluye el ciclo de estudios generales que comprenden la instrucción en materias de ciencias como son la biología, la química, la física, las matemáticas y otras; estos estudios oscilan entre uno y tres años de duración siendo lo más común el periodo de dos años y representan un esfuerzo para impedir el alto índice de deserciones registrado en muchas escuelas. Cuando se trata de estudios premédicos, estos son impartidos por las propias escuelas de medicina y suelen ser la parte inicial de curriculum. Aunque tratan también de evitar fracasos entre el estudiantado a menudo sólo representan un expediente para compensar graves deficiencias internas como sería la mala preparación, la cual a menudo no se subsana con el hecho de prolongar los años de estudio. En otras ocasiones representan mecanismos para superar problemas de organización como es la dificultad común de aprobar un examen de ingreso; se pretende con estos ciclos dar armas al estudiante para prepararse y pasar satisfactoriamente un examen oficial —de aquí la denominación "sistema educacional oculto". Conviene señalar, a título informativo, que al momento no se sabe si estos estudios han ayudado a resolver el problema de la elevada irregularidad en el alumnado ni de si el beneficio que rinden, compensa el esfuerzo extraordinario de varios años más de trabajo docente.

### *Investigación versus enseñanza*

Es una vieja discusión la de si se deben o no separar la investigación y la enseñanza —es decir si debe haber profesores dedicados únicamente a la enseñanza y otros dedicados sólo a la investigación, o si ambas tareas deben ser cumplidas por los mismos individuos— en las escuelas de medici-

na o, en términos generales en cualquier institución de enseñanza superior. Hay razones importantes que apoyan uno u otro sistema y tanto los profesores, como los investigadores y los administradores hacen grupos que facilitan alguna de las dos posibilidades.

Entre quienes abogan por separar la investigación de la enseñanza se encuentran individuos conscientes de que el manejo simultáneo de ambas actividades es un punto crítico de la estructura administrativa de una escuela de medicina y que da origen a numerosos conflictos; buena parte del tiempo que las autoridades de un plantel en el que se llevan a cabo labores de investigación, es empleado en disminuir las tensiones derivadas de los intereses, del afán de poder y de otros factores involucrados en la lucha interna que parece centralizarse alrededor del binomio investigación versus enseñanza. Muchas personas consideran, por lo tanto, que al separar las actividades de esas dos esferas, cuando menos al nivel administrativo disminuiría problemas que se discuten en términos imprecisos como los del "respeto de la comunidad científica", "autoridad y capacidad de crecimiento", etc.

Se ha hecho clásico, apenas a tres años de distancia, el famoso pliego de peticiones del centro universitario de Stony Brook del Estado de Nueva York, una de cuyas recomendaciones más formales dice a la letra: "Creación de dos grupos independientes de profesorado, uno dedicado a la enseñanza y otro a la investigación."<sup>6</sup> Quienes suscribieron este documento alegaban a su favor que los alumnos tendrían profesores con más devoción por la enseñanza y que, además y en cambio, el prestigio del plantel y su proyección en la sociedad ganaría con los hombres brillantes que, aún con baja capacidad para transmitir sus conocimientos, se podría dedicar de manera casi total a la investigación científica.

También existen argumentos que refuerzan la posibilidad de que la enseñanza, por sí sola, tenga un sentido y una meta bien definida. Por ejemplo, para dar una buena enseñanza es necesario que el que la imparta esté al día en una amplia variedad de temas y además que tenga un peculiar talento para unificar el conjunto de observaciones emanadas de los laboratorios de investigación para integrarlo en un todo con un significado en el contexto general de la ciencia, y constituya un nuevo punto de perspectiva. Debemos conocer que estos talentos no siempre están ligados a las capacidades de los individuos para llevar a cabo investigaciones fructíferas. Podríamos preguntarnos: ¿es estrictamente necesario que a nivel *individual* estén unidas la investigación y la enseñanza?

Los argumentos en contra de esta separación se han acumulado y forman parte habitual en los corrillos universitarios. Se ha insistido en que toda actividad de los profesores, dentro de la vida universitaria constituye un equilibrio variable entre las tareas de enseñanza y de investigación, que parece representar "el propósito más peculiar y la gran fuerza de una universidad".<sup>7</sup> Siguiendo esta línea de pensamiento podríamos reconocer que la investigación misma, al ser realizada, abre el campo a la esencia de lo educativo, es decir, constituye el factor más importante que estimula, como ningún otro, el deseo de comunicación. En efecto, el transmitir conocimientos que ya no pudieran profundizarse sería casi imposible pues se perdería gran parte del atractivo: transmitir el conocimiento de fenómenos que plantean nuevas preguntas para estudiarlas y poder transmitir los resultados,

etc. En efecto, lo que ya se sabe o se considera definitivo, tiende, por su propia naturaleza a favorecer la rutina y el dogmatismo. De otro lado, si la investigación es tan especializada que sus frutos no pueden servir de material de estímulo, de discusión o de información para los alumnos, es posible que dicha investigación conduzca a la pérdida del interés por parte del propio investigador que la realiza.

En general, en nuestras escuelas profesionales, el tipo y el nivel de conocimientos impartidos no está sujeto a valoraciones constantes ni a la búsqueda de nuevas soluciones. Hemos construido programas, y así los desarrollamos, con cierto carácter dogmático y favorecemos la presencia de profesores que se limitan a seguir guiones definidos, a aclarar dudas concretas y a formular preguntas convencionales y exámenes rutinarios. Podríamos, inclusive, aceptarlos como parte de un sistema que por el momento no es posible cambiar, pero tenemos que estar conscientes de que con este enfoque, sus labores se alejan definitivamente de la meta que nos habíamos trazado: la de inculcar en el estudiante de medicina, y futuro médico, un verdadero y estricto pensamiento científico. Por lo tanto, un profesor dedicado exclusivamente a la enseñanza no puede llenar su papel si no tiene, él mismo, la actitud del investigador, es decir, la capacidad de analizar los fenómenos, de criticar adecuadamente las nuevas aportaciones y su posible valor para formar parte del cuerpo de doctrina de las ciencias y actividades médicas.

Es obvio que el entrenamiento de este tipo de profesor, cuando menos en algún momento dado de su vida profesional, debe llevarse a cabo en un ambiente científico adecuado, se trate de un laboratorio que haga trabajo experimental, de un servicio hospitalario donde haya facilidades para la investigación clínica, etc. Este tipo de hombre debe tener características definidas: un gusto verdadero por el estudio y por la adquisición de conocimientos que se puede manifestar por una gran satisfacción de "estar al día" en los principales asuntos de su interés, capacidad efectiva para discutir con los alumnos todo tipo de tópico en relación con su cátedra, gusto indudable por la transmisión de conocimientos y por ser útil a los demás. Este es un buen momento para señalar un sistema que hemos seguido en nuestro medio y que, por lo menos parcialmente, parece cubrir estas necesidades. En numerosas escuelas de medicina de México, por variadas razones, no se llevan a cabo labores de investigación científica en las disciplinas básicas ni en las asignaturas clínicas; sin embargo, con frecuencia somos requeridos para adiestrar, como profesor de una asignatura básica, a diversos profesionales. Conscientes de que a su regreso no podrán participar en actividades de investigación, les exigimos, sin embargo, un entrenamiento formal en la asignatura específica y en los conocimientos fundamentales de las disciplinas auxiliares; se les entrena en el laboratorio, tanto para el manejo del equipo de enseñanza como el de investigación; deben participar, además, en un proyecto de investigación dirigido por un investigador; por fin, se les instruye en los principios básicos de la pedagogía. De esta manera, los candidatos a futuros profesores para dedicación limitada a la enseñanza, reciben la oportunidad de obtener los conocimientos pero también la metodología para seguir renovándolos y la posibilidad de adquirir el espíritu científico que, insistimos, debe formar la base de toda su actitud. Como parte del compromiso estipulado, nos obligamos a recibir

ulteriormente a ese profesor por breves periodos que le servirán para aprender algunas nuevas técnicas, discutir los nuevos programas de enseñanza, conocer los avances recientes, identificar los campos de fronteras y acercarse a las fuentes mismas —libros o revistas— de los recientes adelantos. Con este sistema a pesar de que en una escuela no se hace investigación, sus profesores participan del espíritu científico tan deseable y reciben indirectamente los beneficios emanados de centros científicos de alto nivel donde se conjugan los esfuerzos de la investigación con los de la enseñanza.

Conviene, en este momento, hacer una aclaración; en aquellas de nuestras escuelas donde se llevan a cabo trabajos de investigación, sea básica o clínica, se han ido desarrollando facilidades para la educación más avanzada, para la obtención de grados de maestría o doctorado en diversas disciplinas. Esta situación se aparta de la existencia en los planes de enseñanza de pregrado pues la formación de maestros e investigadores de alto nivel requiere procedimientos estrictos y complicados. Si bien pudiera discutirse, al menos teóricamente, si debe o no haber investigación científica en una escuela de medicina, para el caso de la enseñanza de postgrado debemos declarar enfáticamente que no es posible encauzar a un joven por los caminos de la ciencia si no es por medio del contacto estrecho del alumno con un profesor investigador, que funja en calidad de tutor directo de sus diversas fases de adiestramiento. Es ésta la única forma efectiva de ofrecerle al joven la oportunidad de participar en la práctica misma de la ciencia.

Para cerrar estas consideraciones sobre los factores, positivos o negativos, de la interrelación entre la investigación y la enseñanza deseo referirme a ciertas actitudes de algunos profesores muy orientados hacia la investigación científica, que pueden actuar en detrimento de las actividades docentes y los programas institucionales. Quienes trabajamos en una escuela de medicina reconocemos que, como maestros, tenemos claras obligaciones docentes las cuales, por desgracia, no siempre cumplimos con el celo debido. La creciente existencia de mecanismos que favorecen el desarrollo de la investigación científica es causa de cambios de actitud, por parte del profesorado, al darse cuenta de que su trabajo de investigación y las publicaciones científicas emanadas de él, le producen mayores réditos, en prestigio y aún en otras compensaciones, que el cumplimiento de la tarea educativa. Estos profesores, especialmente los que han estudiado en países desarrollados, parecen considerar a la enseñanza una consecuencia de los trabajos de investigación y se olvidan de la realidad de que la tarea educativa es una labor independiente, valiosa en sí misma. Las ganancias obtenidas en la docencia son subestimadas porque la única moneda corriente en la vida académica es la producción científica. En gran parte, esta actitud es explicable; en efecto, un buen maestro insensiblemente dedica cada vez más tiempo a la atención de estudiantes individuales o en grupos a quienes ayuda a resolver consultas técnicas y hasta problemas personales. Más tarde, este buen profesor, va siendo invitado a formar parte de diversos comités de revisión de programas, de planeación y de estudio. Si, además, el trabajo de investigación le demanda una gran dedicación de tiempo y a su vez participar en diversos comités, reconociendo por otro lado que este profesor tiene una vida privada que cuidar, es fácil reconocer que, ante tantas presiones, la situación se resuelve pasando las actividades educativas muy abajo en el orden de prioridades.

Estos casos son individuales; a ese nivel, siempre se puede obtener un razonable equilibrio entre los intereses de la investigación y los educativos; o en ciertos casos especiales se podrían sacrificar los intereses de la enseñanza por los de la ciencia; sin embargo, a nivel institucional, sigue siendo válida la tesis presentada: la investigación, sea en las ramas básicas o en las clínicas constituye uno de los más importantes factores que determinan la mejor educación de los estudiantes. Como un todo, la escuela de medicina desea proporcionar a los estudiantes el más sólido adiestramiento y reconoce que el mejor camino para ofrecer la óptima educación es el de promover la práctica de la investigación entre los profesores. Se crea así la atmósfera de severa autocrítica, de creciente estimulación intelectual y de enseñanza amplia en los distintos niveles, —pregrado; internados, residencias— y en todas las áreas —ciencias básicas, disciplinas clínicas, sociología médica, medicina humanística, etc., que establecen mayores posibilidades de intercambio, de comunicación, de promoción de curiosidad y de diversificación de intereses por parte de las nuevas generaciones.

### B I B L I O G R A F Í A

1. García, J. C. Características generales de la educación médica en América Latina. Organización Panamericana de la Salud, 1970.
2. Kornberg, A. Basic motives of a professional life. *Perspectives in biology and medicine*. 13-2:22, 1970.
3. Pozo, E. C. del, La investigación científica en la clínica. *Rev. Asoc. Mex. Fac. Esc. Med.* 7:19, 1966.
4. Laguna, J. La formación científica en la formación del médico moderno. *Rev. Fac. Med., México*, 8:559, 1966.
5. Lipschutz, A. La organización de la Universidad y la Investigación científica. Ed. Nascimento. Santiago, Chile, 1943.
6. Nelson, B. Student power: Demands for change at Stony Brook's. "Talk-In". *Science* 162:545, 1968.
7. Dickinson, W. R. Blend of teaching and research. *Letters. Science*, 162:1221, 1968.

COMENTARIO OFICIAL AL TEMA I

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA COMO FACTOR DETERMINANTE  
EN LA FUNCIÓN DOCENTE DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA  
DE LATINOAMÉRICA

Comentaristas:

DR. ANDRÉS ROTTA\*

DR. CÉSAR REYNAFARJE\*\*

\* Director Programa Académico de Medicina. Profesor de Fisiología.

\*\* Director Instituto de Investigaciones de Altura y Biología Andina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú.



## COMENTARIO OFICIAL

DR. ANDRÉS ROTTA

DR. CÉSAR REYNAFARJE

### *Comentario a la Introducción del tema*

Creemos que es muy acertada la aseveración que hace el profesor Laguna en señalar la discrepancia que existe entre el reconocimiento de la elevada función de la investigación en las Escuelas de Medicina y lo poco que se hace por estimularla. Nadie quiere un efecto, blasfemar de la suprema función de la investigación, particularmente en la Universidad, porque nadie quiere ser juzgado como renegado de una de las misiones esenciales de la Universidad, pero, poco se hace por cultivarla y mucho menos por estimularla en casi todas las universidades latinoamericanas. Es indudable que ello se debe a las múltiples presiones que existen para que las escuelas de medicina dediquen sus esfuerzos exclusivamente a la preparación de los médicos que de ella deben salir, presiones éstas provenientes de esferas gubernamentales, de federaciones estudiantiles, de la opinión pública mal orientada, y finalmente, de la dirigencia universitaria, apremiada por cumplir primordialmente con la tarea de formar profesionales. Esto último, como señala el ponente, es lo más grave y lamentable. Es indudable que a nivel de las Autoridades Universitarias la actitud poco proclive hacia el fomento de la investigación sea el resultado de una lucha desigual entre sinceras convicciones acerca de la importancia de la investigación y las limitaciones que hay para promoverla por no contarse con personal docente a dedicación exclusiva en número suficiente; por existir estrecheces económicas que determinan la escasez de equipos y materiales que debieran dedicarse a la investigación científica; porque no se ha formado una conciencia muy clara acerca del papel que juega la investigación en la calidad de la propia enseñanza de la medicina; y finalmente, porque se sustenta aún en niveles académicos la tesis de que deberíamos dejar que la investigación la realicen los países que cuentan con mayores recursos para este fin, y que deberíamos conformarnos con la transferencia de conocimientos. Si bien es cierto que faltan profesores y recursos económicos, esto no significa que debemos abdicar de la tarea de investigar, porque este hecho entrañaría una subestimación de la capacidad intelectual de nuestros hombres y porque además, de seguir esta

tesis se perpetuaría la dependencia cultural económica y aún política de los países latinoamericanos.

Ahora bien, planteada y discernida cabalmente por el ponente, la problemática acerca de la discrepante actitud de los docentes entre los que se dice y se hace por la investigación científica, nos parece que debe insinuarse, al menos, la forma de remediar esta situación. Ello debe hacerse, en nuestro modo de ver, *primero*: insistiendo tesoneramente en que una de las actividades fundamentales de una Universidad es la de investigar, añadiendo que es cada vez más corto el periodo de latencia entre el momento que se descubre una verdad científica y el de su aplicación a fines prácticos. *Segundo*: aclarando firmemente que el provecho práctico, inmediato, en el caso de la investigación en las escuelas de medicina, es la preparación del docente en la materia que investiga. En efecto la mejor enseñanza que se puede impartir es aquella que proviene de convicciones profundas acerca de un conocimiento, que sólo se adquiere cuando se cultiva una rama del saber y se profundiza a través de la investigación científica. *Tercero*: aprovechando el hecho de que nadie osa oponerse al desarrollo de la investigación por las razones que hemos mencionado anteriormente. Y, finalmente, insistiendo en que la única manera de salir del subdesarrollo en el campo de la medicina, es mediante el estudio metódico de nuestros problemas, es decir, realizando investigación científica a nivel de las ciencias básicas, en las ciencias clínicas, en la medicina preventiva y comunitaria, etc., las cuales tienen, indudablemente, peculiaridades especiales en cada una de las diferentes regiones de Latinoamérica.

#### *Comentario sobre los objetivos de la investigación científica en las Escuelas de Medicina*

Se establecen en las tesis que es objeto de este comentario las dos finalidades esenciales de la investigación científica en las escuelas de medicina. Una de ellas, para nosotros la fundamental, es el logro del avance en el conocimiento de la ciencia médica. Este es el aspecto perdurable que debe ser consustancial con todo otro tipo de actividad en una institución universitaria como lo es una Escuela de Medicina. Es, además, la que le confiere calidad, en relación directa con el grado y significación de la producción científica que cada escuela de medicina es capaz de desarrollar. La segunda, que es de aplicación inmediata, es tal vez la que es más interesante comentar. Nos referimos al espíritu científico que se logra en el docente y el docente mediante el cultivo de la investigación. Lo juzgamos indispensable porque la enseñanza de medicina no puede ser en el futuro dogmática. No cabe en la actualidad presentar los conocimientos médicos como perfectos y acabados, sino al contrario, señalar las dudas, las incertidumbres que hay en cada tópico que se enseña, con la finalidad de dejar en los estudiantes y los médicos jóvenes la inquietud para aclarar los puntos oscuros que como sabemos, son infinitos, particularmente en el campo de las ciencias biológicas.

Es menester, por otro lado, mostrar la complejidad de cada problema médico, para procurar que los educandos se estimulen con el atractivo que significa el descubrimiento de lo desconocido. Por otra parte, la investigación obliga a ponerse al día en la literatura del tema que se investiga,

así como a cambiar información con otros investigadores que están trabajando en el mismo campo o en campos similares. La publicación de los resultados de una investigación, a su vez, pone de manifiesto las virtudes de un trabajo original o de la revisión monográfica de un tema de interés actual y generalmente motiva invitaciones a simposia y mesas redondas de carácter nacional e internacional donde se acrecienta aún más el acervo de conocimientos sobre la especialidad que se cultiva.

Es difícil, en verdad, pensar en un buen docente que no investiga. Y nadie que no sea un investigador es capaz de infundir en sus discípulos la pasión por el descubrimiento de la verdad científica.

Es pertinente señalar aquí, que los estudiantes como los médicos jóvenes, deben tomar conciencia de que todo aporte científico, por modesto que parezca, es de valor. En efecto, un descubrimiento, incluso casual, puede ser la clave que conduzca a conquistas de enorme utilidad. La medicina particularmente, está llena de este tipo de ejemplos.

#### *Comentario sobre: Obstáculos para la formación del espíritu científico entre los estudiantes de Medicina*

En la ponencia del Dr. Laguna se mencionan tres obstáculos que impiden la formación científica de los estudiantes de medicina. La primera es la idea que parece prevalecer en muchos docentes y autoridades administrativas de que no estaría justificado el gasto que significa esta formación científica en Latinoamérica. Evidentemente se oye decir con mucha frecuencia, que para nuestros países subdesarrollados hacen falta, más que médicos científicamente bien formados, profesionales que posean los conocimientos básicos para atender las urgentes necesidades que requiere una numerosa población que recibe poca o ninguna atención médica, a la cual tienen derecho.

En muchos de nuestros países, en realidad, existe una deficiencia de médicos, con el agravante de una pésima distribución, que dá lugar a una plétora de ellos en las grandes ciudades y una ausencia casi completa en el área rural y los pequeños villorios. Esto no significa, sin embargo, que la formación de un mayor número de médicos se haga con sacrificio de su calidad. Todo lo contrario, en los lugares alejados de las grandes ciudades, donde se carece de mayores recursos, es donde se necesitan los médicos bien formados. Y la buena calidad de un médico radica esencialmente en su formación científica, en su capacidad de discernimiento, en el uso del bagaje de sus conocimientos y en su capacidad de crear recursos que suplan aquellos que solamente puede obtener un médico de las grandes ciudades, en las cuales la labor de un médico, incluso mediocre, se ve facilitada por el uso de los exámenes auxiliares que le dan muchas veces el diagnóstico que él no ha podido hacer.

Creemos, por lo tanto, que es aconsejable rechazar todo tipo de argumentos que traten de justificar la mediocridad en la formación de los profesionales médicos, cualquiera que sea la posición o ubicación que les corresponda ocupar en el ejercicio de su actividad profesional.

Otro de los obstáculos que se señala como impedimento de una buena formación científica, es la falta de integración entre los departamentos

de ciencias básicas y los de clínica. Es cierto que por la naturaleza de los cursos de nivel básico, la enseñanza en este ciclo se hace con una metodología científica más rigurosa. De otro lado, los profesores dedicados ya sea a la bioquímica, fisiología, farmacología, histología, anatomía, etc., lo son a tiempo completo en su mayoría, y por lo tanto, su actividad académica se complementa usualmente con la investigación, actividad que se trasluce en una enseñanza que infunde el espíritu científico que es deseable. Pero durante la enseñanza de los cursos de clínica no siempre impera esta actitud. La explicación para este fenómeno no es difícil, en casi todas las escuelas de medicina los profesores de clínica alternan su labor docente con el de la práctica privada. Desgraciadamente, esta última es absorbente y disipa la mente de los médicos impidiéndoles dedicarse con la devoción que es necesaria a la investigación científica que repercute en la formación de los estudiantes. Es posible vencer este obstáculo procurando que los profesores de la clínica dediquen también todo su tiempo a la Universidad; para lograr este objetivo lo ideal es contar con hospitales docentes, donde los profesores puedan dedicarse tanto a la docencia como a la investigación clínica, lo cual representaría una excelente oportunidad para que los maestros que tienen vocación investigadora pudieran satisfacer sus obligaciones docentes a la par que sus inquietudes científicas. Esta proposición presupone desafortunadamente, la necesidad de una remuneración económica más apropiada, difícil de superar en muchos de nuestros países, por cuanto la práctica privada ofrece mayores posibilidades de remuneración, que duplican o triplican los mejores salarios que puede percibir un profesor que se dedica exclusivamente a la Universidad.

Hay de otro lado, una tendencia a realizar la enseñanza de la medicina en forma integrada en nuestros países latinoamericanos. Ensayos de este tipo de educación se están realizando desde hace algún tiempo en el Brasil y otros países. Pero no se ha extendido todavía lo suficiente para contar con un método que obligaría a todos los profesores a mantenerse en un deseable nivel científico.

En tercer lugar, se menciona como obstáculo a la formación científica de los médicos la mala preparación de los estudiantes durante la instrucción pre-universitaria. Aunque este es un hecho real y difícil de superar, creemos que los estudios universitarios llamados pre-médicos o generales, durante un periodo no menor de dos años, son indispensables, para mejorar la formación de los aspirantes a la carrera médica. Es necesario, sin embargo, revisar el plan de estudios a este nivel, en el cual, aparte de los conocimientos de Biología, Matemáticas, Física y Química deben añadirse otras relacionadas con Humanidades, incluyendo Idiomas, Psicología, Sociología, etc. El tránsito por esta etapa de preparación es una introducción al campo de la ciencia, que bien encaminada, resulta de suma utilidad porque puede ser incluso el filtro que permita seleccionar a los estudiantes que posean una verdadera vocación por los estudios de índole científica.

#### *Comentario sobre: Investigación versus Enseñanza*

Creemos que no hay duda de la ventaja que significa que se den en el profesor las cualidades de un buen docente a la vez que la de un investiga-

dor, si lo que buscamos como meta ideal es la formación del pensamiento científico en los estudiantes de medicina. La actitud de investigador científico debe ser inherente a la de profesor universitario. Quizá sea necesario distinguir entre aquel profesor de medicina que hace de la investigación la principal de sus actividades, el cual debe pertenecer a un centro de investigación o a un instituto creado para este fin. A este tipo de profesor es necesario ayudarlo en su actividad científica, disminuyendo en lo posible su carga docente, a fin de que su producción científica sea lo más proficua posible. De otro lado, está el profesor que se enrumba preferentemente a la actividad docente. A este segundo tipo de profesor debe responsabilizársele de la buena marcha curricular de los estudios, pero también se le debe estimular para que produzca en el campo de la investigación científica. A pesar de los defectos que pueda tener la evaluación de la actividad de un profesor, por medio de su producción científica, es tal vez, la mejor manera de que el docente no descuide esta parte tan importante de su actividad.

Puede ocurrir, todavía, que un profesor universitario quiera dedicarse exclusivamente a la investigación científica. Pensamos que esto debe aceptarse, si se tiene en cuenta que aunque no tome parte del dictado de clases, él puede realizar docencia en el más elevado nivel, cual es el formar escuela en la disciplina que cultiva, mediante la enseñanza a los discípulos, que en calidad de asistentes o ayudantes trabajan diariamente con él. En efecto, es raro pensar hoy día en el investigador solitario; lo más común es el trabajo en grupo, bajo la dirección de un investigador calificado. Y esta es la forma que ha dado mejores resultados en la formación de docentes e investigadores. De los centros de investigación científica, aparentemente dedicados exclusivamente a esta actividad, han salido los más brillantes y respetables docentes universitarios.

Es importante señalar que si bien se puede ir mejorando progresivamente en la formación de docentes con actitud investigadora, lo que es motivo de preocupación en la actualidad, es la tendencia muy marcada en algunos de nuestros países, hacia la fuga de los hombres mejor preparados a otros lugares donde se ofrece mejores condiciones de trabajo, mayores remuneraciones económicas y también, mayor estabilidad en el trabajo. Creemos que este punto debe tratarse con el mayor interés. Todo el esfuerzo que se está dispuesto a realizar para preparar el docente más eficiente para nuestras escuelas de medicina, puede echarse a perder si no se hace igual esfuerzo para conservarlos en su lugar de origen.

Finalmente, queremos dejar establecido que muchos hombres de ciencia del pasado y del presente han expresado sus opiniones sobre el significado de la investigación en la Universidad. El concepto de que "la Universidad que no investiga no pasa de ser una Sub-Universidad", ha sido ampliamente difundido y está profundamente arraigada en el espíritu de todo buen profesor universitario. Compartimos este criterio porque creemos que desligar la investigación de la enseñanza es atentar contra la esencia misma de la Universidad, porque los conocimientos que se transmiten en el ámbito universitario no han brotado de la mente de los profesores como un fenómeno sobrenatural, sino que son el producto de la investigación que ellos mismos realizaron o la de otros investigadores que les precedieron en la búsqueda

de la verdad que están enseñando. Por lo tanto, consideramos un axioma admitir que la investigación es la fuente primordial e inagotable de donde fluyen los conocimientos para la enseñanza y que, además, la investigación debe ser permanente y continuada para asegurar la supervivencia dinámica de la Universidad; en nuestro caso, de las Escuelas de Medicina.

COMENTARIO OFICIAL AL TEMA I

LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA COMO FACTOR DETERMINANTE  
EN LA FUNCIÓN DOCENTE DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA  
DE LATINOAMÉRICA

Comentarista:

DR. TULIO ARENDS\*

\* Jefe del laboratorio de Hematología Experimental, Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas; Profesor Agregado, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas.



## COMENTARIO OFICIAL

DR. TULLIO ARENDS

Con el gran adelanto científico y tecnológico que han tenido las ciencias médicas en las últimas décadas, la vieja discusión de si la medicina es arte, ciencia o técnica se ha centrado simplemente en decidir hasta dónde es técnica y cuándo comienza la ciencia. La verdad es que esta discusión ha sido motivada en parte por el hecho de que las primeras investigaciones en muchos países han sido hechas por médicos, y sólo cuando éstos han creado o ayudado poderosamente a crear la infraestructura necesaria para que ocurra el despegue científico es cuando aparecen los químicos, físicos, geólogos, matemáticos, etc. Por otro lado, existen en nuestra época países donde la medicina se enseña exclusivamente en institutos tecnológicos, y Bunge (1969) considera a la medicina como una rama de las ciencias aplicadas (tecnologías) contemporáneas.

En lugar de envolvernos en estas discusiones, como investigadores o como docentes nos toca incrementar la formación científica del médico, darle los basamentos necesarios para formularse preguntas y desarrollar hipótesis guiadoras, y promover la investigación científica a todos los niveles de las Escuelas de Medicina: profesores, instructores, estudiantes y egresados.

La ponencia oficial sobre el tema "La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica" presentada por el Dr. José Laguna, Profesor de Bioquímica y Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, plantea con claridad los fundamentos necesarios para que exista la investigación científica en las Facultades de Medicina, los objetivos que debe perseguir, los obstáculos para la formación del espíritu científico entre los estudiantes de medicina y la sempiterna discusión, investigación versus enseñanza. Algunos aspectos merecen ser comentados.

Consideramos que toda Escuela de Medicina debe darle amplio impulso a la investigación científica por las siguientes razones: 1. Contribuirá poderosamente al desarrollo científico y tecnológico de la nación, 2. neutralizará en cierta manera la exclusiva dependencia intelectual de los países desarrollados, 3. disminuirá al colonialismo tecnológico, y 4. catalizará todos los estratos de la actividad médica del país, incluyendo las funciones específicas de la propia escuela.

## *Contribución al desarrollo científico y tecnológico de la nación*

Las Escuelas de Medicina al promover el desarrollo de la investigación científica en su área de influencia están aumentando el potencial científico de ese país y contribuyendo indirectamente a su desarrollo social, cultural y económico.

A los investigadores médicos no sólo nos toca recoger los datos sobre las enfermedades, el ambiente donde se producen y los agentes etiológicos, sino describir e interpretar los fenómenos biológicos y psicológicos del hombre latinoamericano, experimentar tratamientos novedosos para nuestras endemias y epidemias, y finalmente, calcular las necesidades médicas del futuro y prever las líneas de investigación médica más provechosa para el país. Toda esta labor, bien planificada y orientada, repercutirá sobre las actividades científicas de la región donde esté ubicada cada Escuela de Medicina.

## *Neutralización de la dependencia intelectual*

Los países latinoamericanos han tenido una dependencia intelectual que generalmente sigue a la dependencia económica, la cual en determinada época ha sido exclusiva de un país pero que ha variado a lo largo del tiempo. En primer lugar, la mayoría dependió de España y Portugal, luego la preponderancia económica de Inglaterra se hizo sentir, pero en el presente siglo, desde el punto de vista médico, hemos dependido con exclusividad sucesivamente de Francia, Alemania y Estados Unidos.

Apenas existen intentos de medir esta dependencia. Parada P. y Hoyl C. (1970) consideran que "una visión parcial de este fenómeno, en el campo de la investigación básica y aplicada, puede y debe intentarse a través del análisis de la producción científica en revistas, libros, catálogos, etc.", habiendo realizado una inquisición en las fuentes de información (referencias bibliográficas) utilizadas por los trabajos publicados en una revista médica latinoamericana que tiene casi cien años de antigüedad.

Los resultados obtenidos por Parada P. y Hoyl C. al analizar la producción entre los años 1939 y 1967 revelan la intensidad y los cambios de esta dependencia. La literatura europea antes de la segunda guerra representaba un 49% de las referencias mientras que en 1967 sólo un 20%, en tanto que Estados Unidos predomina en los últimos años con un 60%. La influencia latinoamericana está representada por sólo un 16% de las citas. Estos autores concluyen que "un investigador latinoamericano debiera nutrirse vastamente en la literatura mundial, antes de embarcarse a sí mismo y a su equipo en tareas que pueden ser muchas veces modificables o hasta suprimibles, con el consiguiente ahorro de esfuerzo y consecuente disponibilidad de medios para atacar otros aspectos jerárquicamente más relevantes". Además, sugieren que la consulta de la producción latinoamericana "puede deparar gratas sorpresas y perspectivas de intercambio", ya que "ellas valen en sí mismas mucho más como herramientas para combatir nuestra postración científica, que todo aquello, por valioso que sea, que pueda ser incorporado a nuestra mentalidad y medio (como pensamiento, ciencia o aplicación superpuesta), no previamente digerido y madurado por un continente que busca su desarrollo por vía propia, o por lo menos, con cierto grado de autonomía...

## *Disminuirá el colonialismo tecnológico*

Tanto los aspectos prácticos de las ciencias médicas (asistencia, sanidad y docencia) como la realización de investigaciones médicas requiere de tecnologías cada vez más eficientes y costosas. Por tanto, a los países latinoamericanos se les plantea la gran disyuntiva de ser "consumidores" de tecnologías mientras sus investigadores no promuevan o contribuyan a "inventar" métodos y aparatos tecnológicos. De acuerdo con fuentes del Comité de Ciencia y Tecnología de la Organización de Estados Americanos, la América Latina será un "consumidor" de tecnología por varias décadas, ya que la importación de patentes representa del 80 al 94% de las actualmente en uso en nuestros países. Esto representa un drenaje excesivo de divisas, restricciones de todo tipo, monopolios económicos y ausencia de estímulo a la inventiva nacional.

## *La investigación como factor catalizador de las ciencias médicas*

La investigación médica es un producto que aparece cuando en un país se han cumplido las etapas asistenciales, sanitarias y docentes de la medicina. Tiene el curioso poder de estimular las propias etapas previas al empleo de métodos científicos y tecnológicos modernos. En el caso de la docencia todas las áreas (ciencias básicas, disciplinas clínicas, estudios de post-grad) se beneficiarán extraordinariamente de la investigación científica que se haga en cualquier departamento, influenciado con su metodología, su actitud inquisitiva y de autocrítica y su imaginación creadora de nuevas hipótesis de trabajo realizables en equipo, al personal en contacto con ellos. La investigación que se realice en cualquier Escuela de Medicina de un país influirá poderosamente en todas las actividades médicas no sólo de dicho país sino de otros núcleos latinoamericanos, con una acción catalizante que puede autoalimentar a la vez a todos los estratos médicos.

La Escuela de Medicina al propiciar la formación de investigadores científicos contará con un docente totalmente distinto al tradicional y estéril profesor repetidor de conocimientos. La ponencia oficial del Dr. Laguna precisa que "la investigación científica crea una actitud intelectual que condiciona un modo diferente de hacer las cosas, capacidad de autocrítica constante, continuo despertar de iniciativa y mayor habilidad para resolver los problemas cotidianos". Esta actitud intelectual del investigador podríamos caracterizarla —siguiendo a Medawar (1965)— así: 1. tiene mente científica; temperamento inquieto, analítico, en busca de problemas y con deseo de resolverlos; 2. aplica un método seguro y poderoso de descubrimiento y de prueba a la investigación de los fenómenos naturales: el método científico (observación, análisis, experimentación); 3. tiene una manera particular de ver las cosas como si fuera la primera vez; 4. usa preferentemente el razonamiento inductivo; 5. tiene imaginación suficiente como para crearse hipótesis de trabajo.

## *¿Hasta dónde deben intensificar las Escuelas de Medicina la investigación científica?*

Se habla de dos tipos de profesores en las escuelas: los docentes y los investigadores, pero no se precisa hasta cuáles niveles o qué intensidad deben darles las Escuelas de Medicina a la investigación científica.

En una encuesta realizada recientemente entre 30 profesores de varios niveles de una Escuela de Medicina de Venezuela, se obtuvieron las siguientes opiniones: 1. ¿Debe hacerse investigación científica en las Escuelas de Medicina? El 100% opinó que sí.

2. ¿Cuáles profesores deben hacer investigación científica en la Escuela de Medicina? La mitad respondió que todos, los otros consideraron que sólo los interesados, los que tuvieran vocación o los que hubieran recibido entrenamiento especial.

3. ¿Deben participar en la investigación científica los estudiantes? El 60% consideró que sería muy ventajoso que lo hicieran, mientras que un 20% opinó que sólo debieran participar un grupo pequeño que demostrara aptitud por la investigación. El otro 20% estuvo dudoso o rotundamente negativo.

4. ¿Qué porcentaje del presupuesto de la escuela debe aplicarse a la investigación científica? El 100% ignoraba la magnitud del presupuesto de su escuela y una mayoría opinó que debiera ser del 15 al 40%.

5. ¿Por qué algunos profesores de su cátedra no hacen investigación científica? La mayoría consideró que se debía a la falta de tiempo o recursos. Otros creyeron que la causa era la falta de vocación por la investigación.

## *¿Cómo intensificar la investigación científica en las Escuelas de Medicina?*

La estrategia para incorporar el criterio científico a todos los niveles de la Escuela de Medicina debe dirigirse principalmente a comprometer la colaboración activa de los profesores jóvenes y de los estudiantes. La ponencia oficial apunta uno de los problemas agudos: "Los clínicos no avzados en el pensamiento científico, al actuar como maestros serán incapaces de inculcar a sus estudiantes la estricta metodología y los puntos de vista de la ciencia. En los años de adiestramiento clínico, del internado y de las residencias, los alumnos tenderán a seguir el ejemplo de sus maestros de clínica a menudo poco científico y que resuelven la mayor parte de las situaciones con el enfoque empírico." En algunas de nuestras escuelas la situación se agrava aún más porque incluso algunos profesores de ciencias básicas no tienen formación científica adecuada.

La realización de las siguientes proposiciones, siquiera de las más importantes, contribuirá decididamente al incremento de la investigación científica en las Escuelas de Medicina.

1. *Entrenar profesores estimulando su actitud científica.* La ponencia ha señalado un posible camino para integrar a la actividad científica a aquellos profesores que no están participando en investigaciones científicas: se les exige "un entrenamiento formal en la asignatura específica

y en los conocimientos fundamentales de las disciplinas auxiliares; se les entrena en el laboratorio, tanto para el manejo del equipo de enseñanza como en el de investigación; deben participar además en un proyecto de investigación dirigido por un investigador; por fin, se les instruye en los principios básicos de la pedagogía. De esta manera los candidatos a futuros profesores para dedicación limitada a la enseñanza, reciben la oportunidad de obtener los conocimientos pero también la metodología para seguir renovándolos y la posibilidad de adquirir el espíritu científico que, insistimos debe formar la base de toda su actitud".

En el caso de profesores que desde el comienzo de la carrera desean dedicarse a la investigación, el entrenamiento debe ser primordialmente dirigido a adquirir el armamentarium necesario que les permita desarrollar por sí mismos un proyecto de investigación, terminarlo, publicar sus resultados y establecer su línea de trabajo al retornar a su departamento.

Los países latinoamericanos que tienen el problema de la "fuga de talentos" buscarán principalmente sitios del propio país o en otros países de Latinoamérica donde puedan adquirir este entrenamiento.

2. *Recabar recursos.* Las Escuelas de Medicina deben solicitar los recursos económicos necesarios para desarrollar sus planes de investigación. Se debe propiciar la formación de Consejos Universitarios para el Desarrollo científico donde no existen. En algunos países latinoamericanos hay la posibilidad de obtener fondos de investigación de los Consejos Nacionales para Investigaciones Científicas y Tecnológicas o de instituciones privadas. Donde no existan estos organismos, las Escuelas de Medicina podrían tomar la iniciativa de estimular su creación.

3. *Levantar un censo del potencial científico de la Escuela o Facultad de Medicina.* Como paso fundamental para aumentar la actividad científica toda Escuela o Facultad de Medicina debe levantar un censo del potencial científico con que cuenta. Registro de profesores, laboratorios y técnicos que hacen investigación, horas y presupuesto dedicados a esa actividad, líneas de investigación, publicaciones realizadas y en qué medida sus aportes han sido integrados al conocimiento mundial. Lista de aparatos e instrumentos utilizables en investigación científica y tiempo de utilización de cada uno. Recursos bibliográficos propios de la escuela y los utilizables en la zona donde está ubicada la escuela.

4. *Interesar a los estudiantes.* La participación del estudiante en labores de investigación es de gran importancia desde el punto de vista formativo e intelectual, porque aun cuando este futuro profesional no se dedique a la investigación, tendría oportunidad de convivir con hombres de laboratorio, participar en el esfuerzo para buscarle soluciones a las hipótesis y estimular su posible contribución con enfoques, interpretaciones e innovaciones. El estudiante interesado por un problema hallará tiempo para tratar de solucionarlo y tendrá además la oportunidad de intensificar esta actividad durante los periodos de vacaciones. En los países desarrollados este potencial científico se utiliza intensamente con la doble ventaja de ser un colaborador interesado y un técnico económico y ofrece la posibilidad de descubrir a tiempo aptitudes extraordinarias para la investigación o despertar vocaciones incipientes.

5. *Determinar las áreas prioritarias de investigación.* La investigación científica es cara y compleja, por tanto, las Escuelas de Medicina deben establecer con amplio criterio la mejor manera de aprovechar los recursos que generalmente son escasos en los países latinoamericanos. Toda escuela debe establecer en qué medida va a apoyar la investigación básica y la investigación aplicada, y en el caso último fijar las áreas prioritarias donde la escuela puede aportar una contribución importante a su zona de influencia y aún al país.

6. *Integrar el investigador a su comunidad.* Además de sus funciones básicas, la Escuela de Medicina puede integrar los investigadores a su comunidad estableciendo ciertas ofertas de "servicio" en aquellas actividades de investigación que no se hace en otros sitios o con el nivel de precisión deseable. En retribución las escuelas deben buscar el reconocimiento de la comunidad hacia sus investigadores. En un estudio hecho por la Organización de Estados Americanos sobre las causas de la "fuga de talentos", una de ellas era la falta de estimulación que sentía el investigador de su comunidad (Arends, 1966). En Venezuela, un estudio realizado por Gasparini (1969) demuestra que el investigador es respetado pero no estimado en su justo nivel.

7. *Remuneración apropiada.* Uno de los problemas más graves que encaran nuestras Escuelas de Medicina es la necesidad de remunerar apropiadamente a sus investigadores para que teniendo tranquilidad económica se dediquen de lleno a sus actividades. Esta sería otra manera —y tal vez muy efectiva— de evitar la emigración de investigadores.

8. *Evaluación de la producción científica.* Si nuestras Escuelas de Medicina van a disponer parte de sus recursos —que en última instancia son recursos del país— para promover, intensificar y financiar las investigaciones científicas que se hagan en sus laboratorios, deben a la vez desarrollar mecanismos de registro y evaluación de la producción científica de sus miembros. Mientras que el registro del "producto" científico (artículo o trabajo) es relativamente fácil, siguiendo el envío, aceptación o rechazo, publicación del manuscrito y solicitud de separatas, la evaluación de la calidad del "producto" es un poco más difícil pero no imposible. Existen hoy publicaciones bibliográficas (por ejemplo el *Science Citation Index*) capaces de informar cuáles autores han citado determinado trabajo.

En conclusión, creemos que las Escuelas de Medicina de Latinoamérica deben buscar todos los medios necesarios para mejorar la calidad y cantidad de la investigación científica que debe hacerse en sus dependencias, estimular la participación en dichas actividades del mayor número de sus miembros y crear todos los mecanismos necesarios para evaluar, hacer conocer y defender el "producto científico" que salga de sus laboratorios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arends, T.: El Instituto Nacional de Cultura y Bellas Artes y la investigación científica. Acta Cient. Venezolana, 17:3-5, 1966.
2. Bunge, M.: La Investigación Científica. Edición Ariel, Barcelona, 1969.
3. Gasparini, O.: La Investigación en Venezuela: Condiciones de su desarrollo. Publicaciones IVIC, Caracas, 1969.
4. Medawar, P. B.: El Arte de lo Soluble. Monte Avila Editores, Caracas, 1969.
5. Parada, P., J. y Hoyl, C., C.: Investigando la investigación. Rev. Med. Chile, 98: 527-532, 1970.



## SESIÓN DE COMISIONES

*Martes 23 de noviembre de 1971.*

### COMISIÓN N° 1:

"La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica".

Ponente Oficial: Dr. José Laguna (UNAM, México)

Comentaristas Oficiales: Dr. Andrés Rotta, (UNMSML, Perú)

Dr. César Reynafarje (UNMSML, Perú)

Dr. Tulio Arends (UCV, Venezuela)

#### *NOMBRE:*

#### *INSTITUCIÓN:*

- |                        |                                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 1. Del Pozo, Efrén C.  | Unión de Universidades de América Latina (UDUAL).           |
| 2. Laguna, José        | Universidad Nacional Autónoma de México.                    |
| 3. Rotta, Andrés       | Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima (Perú)     |
| 4. Reynafarje, César   | Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.       |
| 5. Sollet, Roberto     | Universidad de La Habana, Cuba.                             |
| 6. Almdares, Juan      | Universidad Nacional Autónoma de Honduras.                  |
| 7. Pérez Tineo, Héctor | Universidad de Oriente, Venezuela.                          |
| 8. Díaz Guzmán, Joffre | Universidad Central de Venezuela.                           |
| 9. Garrido, Tibaldo    | AVEFAM, Universidad Central de Venezuela, (Escuela Vargas). |
| 10. Puchi, José A.     | Universidad Central de Venezuela.                           |
| 11. Arends, Tulio      | Comentador Oficial del Tema, Venezuela.                     |
| 12. Hernández, Manuel  | Universidad de los Andes, Venezuela.                        |
| 13. Torres, Ildemaro   | Universidad de Oriente, Venezuela.                          |

*NOMBRE:*

*INSTITUCIÓN:*

14. Osuna, Aníbal	Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Venezuela.
15. Márquez, Rafael	Universidad del Zulia, Venezuela.
16. Castrejón, Haydeé de	Universidad del Zulia, Venezuela.
17. Argüello, Felipe	Universidad del Zulia, Venezuela.
18. Troconis, Gustavo	Universidad del Zulia, Venezuela.
19. Pons, Adolfo	Universidad del Zulia, Venezuela.
20. Quevedo P., Rafael	Universidad del Zulia, Venezuela.
21. Negrette, Américo	Universidad del Zulia, Venezuela.
22. Núñez, Ramón (Estudiante)	Universidad del Zulia, Venezuela.
23. Villasmil, Enrique	Universidad del Zulia, Venezuela.
24. Castrejón, Orlando	Universidad del Zulia, Venezuela.
25. Mora la Cruz, Eduardo (Est.)	Universidad del Zulia, Venezuela.
26. Monge, Juan Ignacio	Universidad Católica de Chile.
27. Clemente, Antonio	AVEFAM, Venezuela.

**ACTA DE LA COMISIÓN DE TRABAJO N° 1**

**TEMA:** "La Investigación Científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica".

El día 23 de noviembre de 1971, en el Salón Caroní del Hotel del Lago, se instaló a las 10 a.m. la Comisión de trabajo No. 1 con asistencia de 16 participantes, los cuales aumentaron en el transcurso de la mañana hasta completar un número de 22. Se designaron por consenso del grupo, a las siguientes personas para funciones directivas de la comisión:

Presidente: Dr. Andrés Rotta

Secretario: Dr. José Puchi

Relator: Dr. José Laguna

La reunión tuvo 3 horas de duración. De sus deliberaciones se destacan, de manera resumida las siguientes ideas y argumentos:

Para facilitar la comprensión de términos a usar en la discusión se intentó hacer una clasificación de los tipos de investigaciones, adoptándose la siguiente:

1. Básica o fundamental
  - a) Básica libre
  - b) Básica orientada
2. Aplicada.
  - a) Especializada
  - b) Operacional.

Sobre el problema donde realizan la investigación científica en función docente se enunciaron varias ideas que concluyeron en que la búsqueda del conocimiento debe hacerse donde quiera que existan problemas por dilucidar, tanto en laboratorios, en instituciones asistenciales o especializadas para la investigación, como en la propia comunidad, para cubrir un espectro desde las microestructuras hasta la población.

Al relacionar Investigación Científica con Docencia con fines de elevar la calidad de la enseñanza y de mejorar el aprendizaje, se señalaron algunos factores que interfieren al alcance de esta meta:

- a) Predominio de la actividad informativa con fines pedagógicos en algunas escuelas de medicina de América Latina sobre la propia actividad creativa y de la investigación.
- b) Limitaciones en recursos presupuestarios tanto para obtener instalaciones y materiales apropiados para la investigación como para la formación de investigadores.
- c) Situaciones conflictivas y frustrantes para el personal que tiene buena disposición para la investigación y para el que regresa después de cursos de preparación o de especialización al enfrentarse tanto a la realidad ambiental desfavorable en los medios de trabajo de las propias escuelas de medicina, como a la incompreensión de su necesidad y de su utilidad por parte del medio social.
- d) Deficiente motivación hacia la investigación a los estudiantes de medicina en los planes de estudios medios.

También se señaló esta falta de motivación y de disposición hacia la investigación en los miembros del personal docente, siendo subjetivamente más aparente en el personal de ciencias clínicas que en las de ciencias básicas. Así mismo se mencionaron fallas en la selección de este personal en escuelas médicas ante el posible predominio de "docentes accidentales" sobre los docentes vocacionales y en consecuencia de los investigadores vocacionales. Se mencionaron además los problemas de contratación y de dedicación del profesor a excesivo trabajo docente sobre el trabajo de investigación.

- e) Ante la falta de una política de desarrollo de la investigación en las escuelas de medicina, se mencionó la conveniencia de sugerir a dichas escuelas la idea de instalar organismos (oficina o secretaría) que se encargue del fomento, orientación, supervisión y colaboración de la investigación científica. Así mismo se mencionó la necesidad de incrementar la capacitación científica del profesor de medicina común para que contribuya a desarrollar el pensamiento científico a los estudiantes.
- f) Se enfatizó la conveniencia de establecer la necesidad de libertad de la investigación para los investigadores, la desaprobación de condicionamientos determinados por subvenciones o ayudas. Así mismo se destacó la conveniencia de promover y dar mayor importancia a las investigaciones orientadas a estudiar los problemas de la comunidad dirigidas a lograr sus beneficios, sobre todo en problemas de salud pública, para lo cual conviene establecer prioridades determinadas por las necesidades de la población.

- g) En la propia escuela de medicina es conveniente promover el desarrollo de la integración multidisciplinaria y del trabajo cooperativo, lo cual incrementaría la comunicación interpersonal, calidad del producto de la investigación y el aprendizaje de la metodología del trabajo científico en equipo. La dirección de estas actividades debería estar en manos de investigadores de alto nivel. Así mismo se mencionó la necesidad de formar este tipo de personal y mantenerlo en las áreas de trabajo de la escuela tomando medidas para facilitar su desarrollo y evitar su deserción. Se admitió que los hombres que hacen investigación científica tienen influencia decisiva sobre la formación de los alumnos.

Hubo consenso en establecer que la investigación constituye un buen medio para mejorar la enseñanza y por lo tanto cada escuela de medicina debe determinar propuestos y otros recursos para promoverla y aceptarla como fuente para contribuir al desarrollo de todas las áreas.

Un objetivo aceptado universalmente en educación médica consiste en crear en el alumno el pensamiento científico, de manera que éste demuestre espíritu creativo, actitud científica y dominio de la metodología. Para facilitar este aprendizaje es conveniente desarrollar en todas las áreas educativas una situación de "ambiente científico" y dejar establecido en el marco conceptual del plan de estudios el compromiso de la utilización de la metodología científica como elemento constante en todos los cursos. Esto es facilitado con la aplicación de planes organizados sobre la base de la integración de ciencias básicas y clínicas. Se mencionó el ejemplo de programas estructurados sobre el uso de modelos o unidades integradas donde se destacan los principios de motivación, autoactividad y flexibilidad. El ensamblaje de estos modelos con diferentes métodos de investigación y a diferentes niveles, diseñados sobre la base de patología prevalente, es otra característica.

Además de las áreas biomédicas como campo de aplicación de la investigación científica, se señalaron los campos relacionados con los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la medicina.

Además se mencionó la necesidad de fomentar la investigación de tipo operacional de manera que se facilite el conocimiento de los procedimientos administrativos y se busque solución a los problemas de desperdicio económico y del esfuerzo humano.

Otra área de aplicación de la metodología científica que contribuye a la investigación educativa para hacer funcionar este tipo de actividad se mencionó la necesidad de creación de organismos que se encarguen del estudio de evaluación y vigilancia de los propios factores que intervienen en los planes de estudios y por ende de los problemas y soluciones relacionados con los objetivos de la formación científica de estudiantes y profesores.

## RELATO DEL GRUPO I PARA SER DISCUTIDO

"La Investigación Científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica".

- I. Las escuelas de medicina deben participar en el desarrollo de la investigación científica en el área médica (biopsicosocial) en sus distintos aspectos básicos y/o aplicativos en tanto que ésta es la forma en que pueden contribuir a elevar la calidad de la docencia y, además, a garantizar la formación de los futuros docentes e investigadores, sea que vayan a servir a la propia escuela o a ser contratados por otras agencias oficiales o privadas.
- II. La adquisición de un correcto espíritu científico por parte de los estudiantes de medicina depende del contacto y la dirección de maestros versados en la metodología científica, preferentemente investigadores básicos o aplicativos, quienes actuarán a través de cursos con contenido científico formal, teórico o experimental, o de pesquisas realizadas en los laboratorios, los hospitales o en el campo.
- III. Debe tenderse a un correcto equilibrio de las actividades docentes y de investigación de los profesores de tiempo completo y exclusivos, tomando en cuenta sus inclinaciones y los programas específicos de las escuelas.
- IV. Es recomendable que las actividades de investigación auspiciadas por las estructuras universitarias se enfoquen de preferencia a la realización de proyectos multidisciplinarios, de acuerdo con la dotación de recursos y los planes de investigación y de enseñanza, a nivel de pre-grado y/o de post-grado, de la escuela correspondiente.
- V. Se recomienda intentar el reclutamiento precoz de los estudiantes interesados en el trabajo científico y darles las facilidades necesarias para promover al máximo la adquisición de talentos jóvenes que puedan servir como futuros maestros y que posean una actitud favorable hacia la investigación científica.
- VI. Para la organización y el desarrollo de la investigación científica en las escuelas de medicina se recomienda la integración de organismos asesores formados por investigadores y profesores de alto nivel que promuevan activamente ante las autoridades correspondientes los programas de investigación, la formación de personal calificado y la facilitación de los recursos para los proyectos específicos.
- VII. Se recomienda el establecimiento de mecanismos de evaluación continuada de los resultados obtenidos a consecuencia de la introducción de los elementos promotores de la investigación científica, tanto a nivel de los logros en el campo de la ciencia propiamente dicha como en los aspectos educacionales de los futuros médicos.
- VIII. Si el marco conceptual de un currículum de medicina establece la formación del pensamiento científico en el alumno, es conveniente diseñar planes de estudios sobre la base de la integración de ciencias básicas y clínicas, organizadas en unidades o módulos que contengan la metodología científica como elemento de utilización común en todos sus programas de manera que permitan la aplicabilidad de

los principios de la integración, autoactividad y flexibilidad, con orientación a favorecer la motivación hacia los problemas de patología predominante en cada país.

Dr. Andrés Rotta (Perú)

Presidente

Dr. José Puchi (Venezuela)

Secretario

Dr. José Laguna (México)

Relator

## SEGUNDA SESIÓN PLENARIA

*Lunes 22 de noviembre de 1971.*

En la segunda sesión plenaria de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, se realizó la lectura y presentación de los trabajos y comentarios sobre el Tema II, "Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito". La ponencia central, elaborada por el Dr. Alfredo Jadresic, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Chile, Santiago, fue presentado por el Secretario General de la Conferencia en virtud de que el ponente no asistió a ella aduciendo la aparición de poderosos obstáculos.

Los comentarios oficiales fueron presentados por sus autores Dr. Andrés A. Santas, Ex-Rector de la Universidad de Buenos Aires, Argentina y Presidente de FEPAFEM y el Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Inmediatamente después se presentaron comentarios especiales sobre el Tema objeto de la plenaria, por los Drs. Pablo Carlevaro, de Uruguay, Juan Alvarez Tostado M., Jefe de Asesoría Técnica de la Subsecretaría de Asistencia de México y cuya lectura estuvo a cargo del Dr. Campillo Sainz, de México, por los Drs. Villarreal, Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, Washington y Francisco Gómez Padrón, de la Universidad del Zulia, Venezuela.

Se distribuyó también un comentario escrito sobre el Tema, realizado por el Dr. Fructuoso Biel Cascante, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción (Chile).

Las dos Vicepresidencias estuvieron ocupadas esta vez por los doctores Víctor Decamps, en representación de la Universidad Nacional Autónoma de Santo Domingo y Juan Almendares B., en representación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Se inscribieron en el orden de palabra:

1. Dr. Andrés Rotta, Perú.
2. Dr. José Rodríguez Domínguez, México.
3. Dr. Francisco Gómez Padrón, Venezuela.

4. Dr. Joffre Díaz Guzmán, Venezuela.
5. Dr. Pablo Carlevaro, Uruguay.
6. Dr. José Luis Avalo Piña, Cuba.

El Secretario General, Dr. von Smith, informó que las planillas de inscripción para participar de la sesión de comisiones, debían entregarse en la Secretaría ubicada al lado del Salón de las plenarios; asimismo, que el Servicio de Radioaficionados había sido restablecido. Se dio también una información acerca de los servicios generales que la Comisión Organizadora de la VII Conferencia brindaba a los participantes.

No habiendo nada más que tratar se hizo una pausa para continuar posteriormente con la sesión plenaria número tres.

TEMA II

INTEGRACIÓN DE LA ENSEÑANZA CON LOS SERVICIOS MÉDICOS  
Y DE SALUD PÚBLICA. ESTUDIOS NACIONALES Y REGIONALES  
PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROPÓSITO

Ponente Oficial:

PROF. DR. ALFREDO JADRESIC\*

\* Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.



## TEMA II

### LA INTEGRACIÓN DE LA ENSEÑANZA CON LOS SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD PÚBLICA. ESTUDIOS NACIONALES Y REGIONALES PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROPÓSITO

PROF. DR. ALFREDO JADRESIC

#### *Introducción*

La vinculación de las Facultades de Medicina con los organismos que tienen a su cargo la atención de la salud se dan con diversa modalidad, como una tendencia progresiva y creciente, en casi todos los países del mundo.

Esta vinculación nace como una necesidad de formar al médico con pleno conocimiento de la realidad en salud del país en que vive y de la ventaja de que conozca durante su formación el sistema institucional en que le corresponderá desempeñarse.

Por otra parte, en lo que respecta a la disponibilidad de recursos se hace difícil o imposible que las universidades provean campos suficientes para la práctica clínica de los estudiantes dentro de los hospitales exclusivamente universitarios. La necesidad de ampliar los campos clínicos ha sido una razón importante de relación entre las Facultades de Medicina y los Servicios de Salud. Esta situación ha emergido con caracteres particularmente agudos frente a las necesidades urgentes de aumentos de matrícula en las carreras de la salud que acusan actualmente un gran número de países.

Por último, un aspecto de especial relevancia que determina la estrecha colaboración de las universidades con los servicios de salud del país son los planes y programas de educación continua indispensables hoy día para asegurar el progreso en la práctica médica de los graduados. La forma más eficiente de realizar esta labor aparece determinada por la responsabilidad compartida de ambas instituciones en la docencia de post-grado.

En el desarrollo de este tema, nos referiremos solamente a la experiencia chilena por no haber recibido documentación oficial a esta ponencia de las Facultades de Medicina de los otros países de América Latina.

## LA EXPERIENCIA CHILENA

### *Antecedentes históricos*

La enseñanza médica chilena ha dependido, desde sus orígenes coloniales de los organismos de instrucción superior; las Universidades o el Instituto Nacional, creado en 1813. El Instituto Nacional, que refundió los establecimientos educacionales del más alto nivel académico o existentes en Santiago desde el Siglo XVIII (Inclusive la Real Universidad de San Felipe y el Seminario Conciliar), a fin de reunir sus recursos humanos, instrumentales y financieros tuvo por objeto renovar el espíritu de la enseñanza y ponerlo a tono con los adelantos científicos de la ilustración y con el ideario político que preconizaba nuestra independencia. La Real Universidad de San Felipe, fundada en 1738, y pedida al Rey Felipe V por el Cabildo de Santiago un cuarto de siglo antes, inició sus actividades docentes en 1756. Sólo dos años después se matriculó el primer alumno en la única Cátedra que constituía toda su Facultad de Medicina. En 55 años de enseñanza, hasta que el Instituto Nacional le enajenó esta función y dejó a la Universidad de San Felipe reducida a un museo de ciencias, no logró doctorar en medicina sino a cuatro de sus alumnos. La guerra de la Independencia impidió al Instituto Nacional reiniciar la educación médica hasta 1833, cuando ya estaba consolidado el régimen republicano.

Durante la Colonia, el aprendizaje clínico se efectuó en el Hospital San Juan de Dios, erigido por el conquistador Pedro de Valdivia a mediados del siglo XVI. En virtud del Patronato Real, concedido a los Reyes Católicos por el Papa Alejandro VI en 1501, los hospitales eran propiedad de la corona española. La Independencia los traspasó al Estado de Chile.

El primer curso de Medicina de la República, inaugurado en 1833, cuyo curriculum contemplaba seis asignaturas (anatomía especulativa y práctica, fisiología e higiene, principios y práctica de la medicina, materia médica y medicina clínica en los hospitales, principios y práctica de cirugía clínica, obstetricia y enfermedades incidentes a los niños) debía durar seis años.

En 1839, junto con decretar la extinción de la Universidad de San Felipe y su reemplazo por la Universidad de Chile, el Presidente Joaquín Prieto ordenó al administrador del Hospital San Juan de Dios que preparase algunas salas para la enseñanza clínica. Esas salas dependerían del Rector del Instituto Nacional, y el administrador del Hospital actuaría en calidad de delegado suyo.

El Hospital San Juan de Dios, así como el Hospital San Francisco de Borja y la Casa de Huérfanos —que se construyeron en el siglo XVIII— estaban desde 1832 bajo la tuición de la Junta Central de Beneficencia y Salud Pública, de cuyos once miembros sólo el Dr. Guillermo Blest, director del curso de medicina de 1833, era médico.

Esta subordinación de los Hospitales (tanto de Santiago como de provincias) a la Junta Central de Beneficencia, sancionada por el reglamento de 1886, estuvo vigente hasta 1952, año en que fue creado el Servicio Nacional de Salud.

En el Hospital San Juan de Dios de Santiago recibieron enseñanza clínica todas las promociones estudiantiles hasta 1892, cuando los servicios universitarios comenzaron a trasladarse al Hospital San Vicente de Paul, al

edificio de la Nueva Escuela de Medicina inaugurada en 1889, a la que un incendio destruyó en 1948, y donde hoy, ya reconstruida, funcionan los Departamentos de Ciencias Básicas de la Facultad.

A pesar de que la creación de la Universidad de Chile se decretó en 1839, su Ley Orgánica data de 1842. El ilustre venezolano Andrés Bello, a quien debemos el impulso para instaurarla, fue su primer Rector. Fue instalada solemnemente el 17 de septiembre de 1843. Aquel día, en su discurso, el Rector Bello fijó a la Universidad su compromiso irrenunciable con la sociedad chilena. Decano de Medicina se designó al Dr. Lorenzo Sazie, contratado en Francia el año 1834, por recomendación del Decano de la Facultad de Medicina de París, el célebre toxicólogo Mateo Orfila. De las 30 vacantes disponibles para miembros fundadores de la Facultad, sólo pudieron llenarse ocho: dos franceses, el Decano y el Dr. Julio Lafargue; cuatro británicos, los Drs. Guillermo Blest, Juan Blest, Nataniel Cox (a quien el Director Supremo Bernardo O'Higgins había conferido la ciudadanía honoraria en 1819 por sus destacados servicios a la causa patriótica) y Tomás Armstrong; y dos chilenos, Francisco Javier Tocornal, secretario de la Facultad, y Luis Ballesteros, ambos recién egresados del curso de 1833, que contra lo previsto se había prolongado diez años.

No obstante que los servicios clínicos pasaron al Hospital San Vicente de Paul en 1892, la vieja aspiración de contar con un Hospital Clínico dependiente de la Universidad (propuesta al Congreso Nacional por el Decano y Diputado Dr. Vicente A. Padín en 1864 y reiterada por el Decano José Joaquín Aguirre en 1876 y 1889), sólo pudo realizarse en 1929, al ser transferido aquel Hospital desde la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social a la Universidad de Chile y puesto bajo la dirección y administración del Decano de Medicina.

La lucha de los médicos por conquistar la dirección técnica de los hospitales, en la que tuvo participación destacada el Profesor Dr. Alejandro del Río, triunfó el 20 de agosto de 1920, mediante el Decreto Supremo No. 3339, que hizo obligatoria la designación, por parte de la Junta Central de Beneficencia, de un médico como administrador o subadministrador de los establecimientos asistenciales.

El Dr. del Río fue el primer Ministro de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, cartera creada por el Decreto-Ley No. 44, de 14 de octubre de 1924, que actualmente se halla dividida en los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo,

El Presidente Arturo Alessandri promulgó, el 8 de septiembre de 1924, siete leyes sociales. Dos de ellas interesan a la historia de la asistencia médica chilena: la Ley No. 4054 sobre Seguro Obrero Obligatorio para Enfermedad e Invalidez y la Ley 4055 sobre Accidentes del Trabajo. Al constituirse el Departamento Médico de la Caja de Seguro Obligatorio y el Instituto Traumatológico, que correspondían a esas leyes, la atención médica se descentralizó.

Por aquella época, además de estos establecimientos asistenciales y de los de la Beneficencia, cubrían la atención de salud los organismos y disposiciones legales siguientes:

1º Las policlínicas de la Dirección General de Sanidad, creadas por el Código Sanitario de 1918 (conocido, a causa de su autor, como Código Ra-

món Corvalán Melgarejo), que fue derogado en 1925 por el Código John Long, al cual modificaron el Decreto-Ley No. 226, de 29 de mayo de 1931 y, el No. 725, de 11 de diciembre de 1967.

2º Las Cajas de Previsión y Asistencia Social de los más variados sectores de funcionarios; fuerzas armadas, carabineros, empleados públicos y periodistas, empleados particulares, municipales, de la marina mercante, etc., organizadas en virtud de la Ley No. 5802, de 20 de febrero de 1936.

Cuentan con Hospitales propios el Ejército, la Marina de Guerra, la la Fuerza Aérea y el Cuerpo de Carabineros.

3º La Ley No. 6174, de 31 de enero de 1938, llamada de Medicina Preventiva, obra del Ministro y profesor de la Facultad Dr. Eduardo Cruz-Coke, que instituyó el examen anual para el diagnóstico precoz de la tuberculosis, la sífilis y las afecciones cardiovasculares de los empleados y obreros que imponen a las Cajas de Previsión a que se refiere la Ley 5802 y concede reposo en caso de que se descubran y percepción total de sueldo o salario. Es el primer ensayo chileno de una medicina dirigida. Derivó años más tarde, en 1940, a la coordinación de los Servicios Médicos de las Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Periodistas y de Empleados Particulares, y luego a la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados, que los fusionó. Posee un Hospital del Empleado en Valparaíso, varios sanatorios (San José de Maipo, Putaendo, Peñablanca y las Cruces) y consultorios en las capitales provinciales.

4º El Decreto con Fuerza de Ley No. 6/4817, de 9 de septiembre de 1942 que creó la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, con atención preventiva materno-infantil y protección de menores en situación irregular.

Ante esta diversidad de organismos asistenciales, se han realizado desde hace casi medio siglo diversas tentativas para fusionarlos.

La primera, aunque frustrada, es la que dictó el Decreto 2102, de 31 de diciembre de 1927, el cual centralizaba los servicios de la Beneficencia y de la Caja de Seguro Obligatorio e instituía una Junta para llevar a cabo la fusión. Por falta de entrega de los aportes financieros con que debía concurrir la Caja de Seguro Obligatorio. El Ministro de Bienestar Social del Presidente Juan Esteban Montero, Dr. Sótero del Río, a instancias del Dr. Alejandro del Río, que había sido nombrado Director General de Beneficencia, presentó al Congreso Nacional un proyecto, que fue aprobado, por el que ambos organismos volvieron a separarse.

En 1939, siendo Ministro de Salubridad el Dr. Salvador Allende, ante la emergencia que significó el terremoto de Chillán, junto con fusionar los servicios zonales de la Beneficencia, del Seguro Obligatorio y de la Dirección General de Sanidad, el Ejecutivo envió al Congreso Nacional un proyecto de Ley para extender los beneficios de aquel ensayo de coordinación médico-social. Desgraciadamente, permaneció diez años en las comisiones de estudio del Parlamento, a pesar de la acción del Dr. Allende, quien había sido elegido senador en 1941, y era Presidente de la Asociación Médica de Chile, a la que, por su iniciativa, sucedió en 1948 el Colegio Médico de Chile, cuya presidencia también ocupó.

Por fin, la Ley No. 10,383, de 8 de agosto de 1952, creó el Servicio Nacional de Salud que reunió:

- 1º La Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social.
- 2º El Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio.
- 3º La Dirección General de Sanidad.
- 4º La Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia.
- 5º El Instituto Bacteriológico de Chile y
- 6º La Sección de Medicina del Trabajo del Ministerio del Trabajo.

Por medio de la Ley No. 16.744, publicada en el Diario Oficial de 10. de febrero de 1968, que modifica la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, esta repartición también fue incorporada al Servicio Nacional de Salud.

Su administración, sin embargo, quedó a cargo del Servicio de Seguro Social, del Servicio Nacional de Salud, de las Cajas de Previsión y de las mutualidades de Empleadores, que no persiguen fines de lucro, respecto de los trabajadores dependientes de los miembros adheridos a ellas.

Para que estas mutualidades de Empleadores sean autorizadas por el Presidente de la República es preciso que sus miembros ocupen, en conjunto, 20 000 trabajadores a lo menos; que dispongan de servicios médicos adecuados, propios o en común con otra mutualidad, los que deben incluir servicios especializados, inclusive en rehabilitación; y que realicen actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. La Ley establece también la administración delegada del seguro en las empresas que ocupen habitualmente 2 000 o más trabajadores y que cuenten con los recursos técnicos exigidos a la mutualidad de empleadores.

Esta ley extiende su protección a los estudiantes que deben ejecutar trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para el respectivo plantel y a los trabajadores independientes y los trabajadores familiares.

Además, crea los comités paritarios de Higiene y Seguridad, con finalidad preventiva, en toda industria en que trabajen más de 25 personas.

Una nueva ampliación de las prestaciones médicas lo constituye la Ley No. 16.781, publicada en el Diario Oficial de 2 de mayo de 1968, llamada de Medicina Curativa. Incorpora a los beneficiarios (tanto a los en servicio activo como a los jubilados) que atiende el Servicio Médico Nacional de Empleados y excluye a los imponentes de la Caja de Previsión Social de los Obreros Municipales, de la Sección Tripulantes de la Caja de Previsión de la Marina Mercante y a los funcionarios del Servicio Nacional de Salud y sus cargas familiares. La Ley otorga consulta médica, visita domiciliaria, interconsulta, junta médica, operaciones quirúrgicas, exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especializados, biopsias, hospitalizaciones, atención de urgencia, atención obstétrica, atención odontológica, tratamientos especializados y traslados y otras atenciones y acciones de salud que establece su reglamento. Estas prestaciones se otorgan por el Servicio Médico Nacional de Empleados mediante el sistema funcionario y administrativo que lo rige o mediante el sistema de libre elección, es decir la facultad que tiene el beneficiario para elegir a su voluntad tanto a quien deba prestarle asistencia profesional (médica o dental) como al establecimiento donde desea ser atendido, siempre que este último haya celebrado convenio con el Servicio Médico Nacional de Empleados.

Los profesionales que deseen atender a los beneficiarios del sistema de libre elección deben inscribirse para este efecto en el Colegio Profesional

correspondiente y asistirlos preferentemente en el Servicio Nacional de Salud y en el Servicio Médico Nacional de Empleados, pero también pueden hacerlo en las instituciones o establecimientos que hayan celebrado convenios con aquel, o en sus propios consultorios privados o en el domicilio de los pacientes.

Cabe destacar que la Ley de Medicina Curativa crea además en el Ministerio de Salud Pública el Consejo Nacional Consultivo de Salud, cuyas funciones son:

1º Servir de órgano de consulta de Ministerio de Salud Pública en materia de orientación, promoción, programación, coordinación, control e integración de las acciones de salud a nivel nacional.

2º Estimar la demanda de acciones que deriven de las condiciones de salud de la población y de los requerimientos que la comunidad manifieste.

3º Determinar la calidad y cuantía de los recursos necesarios para cubrir esas acciones.

4º Informar al Ministerio de Salud Pública sobre los programas de acciones de salud de cada organismo o institución representada, los recursos destinados para ello y sus necesidades presupuestarias.

5º Evaluar el rendimiento de las acciones de salud y el aprovechamiento de los recursos en los sectores público y privado.

6º Colaborar en la formulación del plan nacional de salud, evaluarlo periódicamente y concordarlo con el plan nacional de desarrollo.

7º Proponer las formas técnicas y administrativas que permitan una mayor uniformidad y coordinación, eficiencia e integración de las acciones de salud desarrolladas por los organismos públicos y privados.

8º Proponer al Presidente de la República las reformas legales y reglamentarias que estime necesarias.

9º Solicitar a todas las instituciones u organismos, públicos o privados los antecedentes e informaciones que estime convenientes.

10º Proponer al Presidente de la República las instituciones particulares y de asistencia médico-social que deben recibir subvención fiscal.

Como se colige de estas funciones y de los miembros que integran el Consejo Nacional Consultivo de Salud dicho organismo es un paso preparatorio para la formación del Servicio Único de Salud. En efecto, en su seno figuran:

- 1º El Ministro de Salud Pública que lo preside.
- 2º El subsecretario de la misma cartera que reemplaza al Ministro en su ausencia.
- 3º El Director General del Servicio Nacional de Salud.
- 4º El Vicepresidente del Servicio Médico Nacional de Empleados.
- 5º El Vicepresidente de la Caja de Accidentes del Trabajo.
- 6º Los Jefes de los Servicios de Sanidad Militar, Naval y Aérea.
- 7º El Jefe del Servicio Médico del Cuerpo de Carabineros de Chile.
- 8º El Director del Instituto Médico Legal.
- 9º El Jefe del Servicio Sanitario del Servicio de Prisiones.
- 10º El Jefe del Departamento Sanitario de los Ferrocarriles del Estado.
- 11º El Gerente de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, S. A.

- 12° Los Presidentes de los Colegios Médico, de Dentistas y Químico Farmacéutico.
- 13° El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- 14° Un representante de la Asociación de Escuelas de Medicina.
- 15° Un representante de los empleados.
- 16° Un representante de los obreros, y
- 17° El Superintendente de Seguridad Social.

Es propósito del Gobierno de la Unidad Popular, presidido por el Dr. Salvador Allende, establecer definitivamente durante su mandato constitucional el Servicio Único de Salud, asimilándole los organismos médico-sociales que aún se administran independientemente del Servicio Nacional de Salud.

La colaboración de la Facultad de Medicina con este último se ha acrecentado desde 1968, año de la Reforma Universitaria, pero principalmente después de la asunción a la Presidencia de la República del Dr. Allende.

Cabe agregar que la enseñanza para graduados había comenzado a fines del siglo pasado, bajo el patrocinio del Decano Dr. Manuel Barros Borgoño y la responsabilidad de los diez jefes de clínicas, cargos que acababan de ser creados. Ininterrumpidamente se efectuaron cursos para médicos en los primeros decenios del presente siglo, hasta que en 1944 la Facultad y la Beneficencia, a través del Decano Dr. Larraguibel y del Ministro Sótero del Río procuraron llegar a un acuerdo, resistido por algunos miembros de la Facultad, tanto en lo que se refería a la cesión de los servicios hospitalarios a los profesores, como a la formación de especialistas y a la enseñanza de graduados. En la reunión de la Facultad de 5 de abril de aquel año, el Decano Dr. Larraguibel dio cuenta de la gestión que ella le había encomendado ante la Junta de Beneficencia para recabar de ésta que permitiera a la Universidad usar una sección de Medicina y otra de Cirugía en cada uno de los hospitales del Salvador y de San Borja de Santiago para la instrucción clínica de los estudiantes de medicina. La Junta otorgó la autorización bajo las siguientes condiciones: las respectivas secciones hospitalarias seguirían dependiendo de la Beneficencia; pero la Facultad designaría a sus jefes, quienes tendrían la calidad de profesores, siendo seleccionados por concurso. Los postulantes deberían reunir los requisitos exigidos por la beneficencia para optar al cargo de Jefe de Sección. En la comisión examinadora existiría un representante de ella. Los Jefes de Sección o de Servicio no incorporados previamente a la enseñanza podrían solicitar su nombramiento de profesores agregados o auxiliares. La Universidad subvencionaría a cada uno de los hospitales. El Consejo Universitario aprobó el convenio y confirió a la Beneficencia el título de benefactora de la corporación. Insensiblemente, las jefaturas de secciones y de servicios de los hospitales de Santiago fueron ocupándose, previo concurso, con profesores extraordinarios y titulares. En lo que no hubo acuerdo, pues la Facultad siguió discutiéndolo durante varios años, fue en el proyecto de la Beneficencia para formar especialistas. En cuanto asumió el primer Director General de Salud, Profesor Dr. Hernán Urzúa, el Decano de la Facultad, Dr. Alejandro Garretón le notificó de las aspiraciones de la Facultad acerca de la enseñanza para graduados. El Dr. Urzúa le contestó el 25 de marzo de 1952, recordándole el fracaso de las gestiones para llegar a un acuerdo respecto de la especiali-

zación, y le señaló que el Servicio Nacional de Salud había tomado por sí sólo la responsabilidad de becar a sus médicos con ese objeto en cinco hospitales de Santiago. Entonces el Decano Dr. Garretón se dio a la tarea de crear la Escuela de Graduados de la Facultad, proyecto que fue aprobado por el Consejo Universitario el 6 de octubre de 1954.

Mientras se mantuvo la relación descrita entre la Facultad de Medicina y los Hospitales de la Beneficencia Pública existía en el país un sistema de atención médica de tipo liberal. Las clases media y alta recurrían a la medicina privada. Los servicios estatales daban atención solamente a las clases de menores ingresos y a los indigentes. La concurrencia de los médicos a los Hospitales eran grandemente voluntaria y *ad honorem*. Pertenecer a un servicio en el cual se impartía enseñanza era motivo de prestigio profesional y más aún lo era poseer un nombramiento universitario o académico. El prestigio de los médicos en esos años se reflejaba económicamente en el éxito en la práctica privada de la medicina que constituía su fuente natural de ingresos. La asistencia de los médicos a los servicios cubría un término medio de 2 a 3 horas en las mañanas.

La organización del Servicio Nacional de Salud introdujo cambios importantes en la atención médica en el país y tuvo grandes repercusiones en la enseñanza.

### *El Servicio Nacional de Salud*

En 1952, la Beneficencia Pública y otros servicios estatales de salud fueron fusionados y mediante una ley orgánica fue constituido el Servicio Nacional de Salud con la responsabilidad de dar atención integral a los asegurados y a los indigentes del país. Esta Ley complementada con la Ley No. 15.076 que establece el Estatuto los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujano-dentistas, constituyó un cambio fundamental de la modalidad de atención médica en el país de un sector cercano al 70% de la población.

Se introdujo la jornada completa de trabajo en los hospitales y en los consultorios externos y la jornada de 6 u 8 horas como trabajo individual de los médicos.

Los estudios realizados por el Servicio y más recientemente por el Ministerio de Salud Pública ha puesto en evidencia el déficit de profesionales de la salud y de personal auxiliar adiestrado en el país.

La responsabilidad entregada a ese Servicio puso rápidamente en evidencia la necesidad de una buena planificación para la mejor utilización de los recursos humanos y materiales para la salud.

El Servicio Nacional de Salud cuenta con una Dirección General, nivel normativo, 13 Zonas de Salud, nivel coordinador y 56 Áreas de Salud, que constituyen el nivel local, ejecutivo.

El Área de Salud, concepto geográfico y funcional, se compone de un conjunto de establecimientos de diferente nivel que van desde el Hospital General, de categoría A, hasta la posta rural, existiendo entre ambos los hospitales de tipo B, C, y D, con una estructura y organización adecuadas para dar la atención médica de los niveles intermedios. Cada Área cuenta con un Hospital Base.

En este establecimiento se ha concentrado la responsabilidad de la ejecución de las acciones integradas de salud para toda el área de su jurisdicción y para lo cual debe desarrollar programas de protección, fomento y recuperación de la salud conforme a las normas establecidas por el nivel central mediante atenciones cerradas, externas, ambulatorias y domiciliarias.

Los hospitales se clasifican en:

**CATEGORÍA A.** Comprende aquellos que cuentan con todas las especialidades médico-quirúrgicas y todos o casi todos los servicios técnicos de exploración y tratamiento.

**CATEGORÍA B.** Comprende aquellos que cuentan con algunas de las especialidades médico-quirúrgicas y que tienen, además, algunos servicios técnicos de exploración y tratamiento.

**CATEGORÍA C.** Comprende aquellos que cuentan con servicios diferenciados de medicina (que incluye atención pediátrica) y de cirugía (que incluye atención obstétrica y ginecológica).

**CATEGORÍA D.** Comprende aquellos que cuentan solamente con servicio de Medicina General.

**Hospitales Especiales.** Son aquellos destinados a la atención preferente de una especialidad determinada, quedan comprendidos en ellos los Institutos creados por la ex Junta Central de Beneficencia.

ESTABLECIMIENTOS DEL S.N.S. POR CATEGORÍAS Y ZONAS DE SALUD

	HE	HA	HB	HC	HD	PS	P	SDP	SDH	SDC	C
TARAPACA-ANTOFAGASTA	—	3	1	2	1	10	23	1	6	1	1
ATACAMA-COQUIMBO	—	1	2	5	7	—	99	2	4	—	1
ACONCAGUA	1	—	2	—	3	—	29	—	—	—	—
VALPARAÍSO	3	3	3	2	3	—	45	—	2	—	8
SANTIAGO	15	6	2	3	3	—	69	—	2	—	64
O'HIGGINS-COLCHAGUA	—	1	3	3	10	—	65	—	2	—	8
CURICO-TALCA-MAULE Y LINARES	—	1	4	2	9	—	82	—	1	—	—
ÑUBLE	—	1	1	2	7	—	33	—	—	—	15
CONCEPCIÓN ARAUCO-BIO-BIO	2	1	4	8	8	—	71	—	1	—	—
MALLECO-CAUTIN	—	2	2	2	19	3	33	—	—	—	—
VALDIVIA-OSORNO	—	2	1	2	5	6	40	—	2	—	1
LLANQUIHUE-CHILOE Y AYSÉN	—	1	2	3	8	—	73	—	—	—	3
MAGALLANES	2	1	—	1	1	—	15	—	2	—	3
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>35</b>	<b>84</b>	<b>19</b>	<b>677</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>94</b>

HE HOSPITAL ESPECIALIZADO  
 HA Hospital tipo A  
 HB Hospital tipo B  
 HC Hospital tipo C  
 HD Hospital tipo D

PS Puesto de Socorro  
 P Posta  
 SDP Servicio Delegado Posta  
 SDH Servicio Delegado Hospital  
 SDC Servicio Delegado Consultorio  
 C Consultorio

Además el Servicio Nacional de Salud dispone en

*Valparaíso* de:

- 7 Consultorios Materno Infantil
- 1 Centro de Geriatria
- 1 Consultorio Broncopulmonar
- 1 Servicio Contratado Hospital
- 1 Control Venéreo

*En Santiago:*

- 1 Centro de Adiestramiento
- 1 Clínica Médico Dental
- 2 Consultorios Escolares
- 2 Unidades Móviles
- 2 Centros de Higiene Mental
- 1 Consultorio Venéreo
- 2 Casas de Menores

*En O'Higgins:*

- 1 Unidad Móvil
- 1 Maternidad

*En Llanquihue:*

- 5 Estaciones Médico-Rurales

La Zona de Salud está formada por una o más Áreas de Salud.

Todos los establecimientos del Servicio deben trabajar coordinados entre sí en cada una de las zonas, respetar las funciones que a cada uno corresponden y sus atribuciones, obligaciones y limitaciones; enviar a los establecimientos respectivos a todo paciente que no puedan atender; y auxiliarse mutuamente con todos sus recursos humanos y materiales.

Una relación de la magnitud de los recursos y de las acciones de salud del Servicio Nacional de Salud dentro del país puede obtenerse del cuadro siguiente correspondiente a 1968.

RECURSOS Y ACCIONES DEL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD

C H I L E - 1 9 6 8

(S.E.uO.)

RECURSOS Y ACCIONES	S.N.S.	SERMENA	SS. CA- RABI- NEROS	SS. EJERCITO	SS. ARMADA	SS. FUERZA AEREA	SS. BIEN- ESTAR ESTUD.	HOSP. J. J. AGUIRRE	JNAE Y BECAS	SS. FE- RROCA- RRILES	SS. PRISIO- NES
<i>RECURSOS:</i>											
<i>A. PERSONAL:</i>											
Hrs. Médicas	22465	901	412	392	232	178	56	2100	—	396	86
„ Dentales	3490	704	186	158	145	74	68	1000	765	280	34
„ Farmac.	2440	12	24	18	18	6	—	120	—	52	4
Enfermeras	1496	108	21	6	4	11	2	99	—	12	3
Matronas	972	44	27	2	9	13	—	42	—	7	—
Asist. Sociales	742	28	—	—	7	1	—	23	—	8	—
Nutricionistas	281	3	6	5	3	2	—	28	—	—	2
Tec. Médicos	287	4	—	1	1	2	1	34	—	—	—
Kinesiólogos	131	—	4	3	—	1	1	10	—	1	—
Otros Profes.	786	—	4	—	1	6	2	34	—	—	—
Aux. Enfermería	14511	313	450	398	599	235	15	650	180	71	71
Pers. Servicio	12071	517	—	247	278	64	3	394	—	60	2
<i>B. FISICOS:</i>											
Hospitales*	232	4	1	1	3	1	—	1	—	1	1
Postas <sup>o</sup>	679	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Camas	33440	400	369	300	545	80	—	1262	—	78	80

\* Más 17 Hospitales de Servicios Delegados y 22 Hospitales privados con Convenios.

o Más 1.021 camas de Servicios Delegados y 1.504 camas de Hospitales privados con Convenios.

RECURSOS Y ACCIONES DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD

C H I L E - 1 9 6 8

(S.E.uO.)

RECURSOS Y ACCIONES	S.N.S.	SERMENA	SS. CA-RABI- NEROS	SS. EJERCITO	SS. ARMADA	SS. FUERZA AEREA	SS. BIEN- ESTAR ESTUD.	HOSP. J. J. AGUIRRE	JNAE Y BECAS	SS. FE- RROCA- RRILES	SS. PRISIO- NES
<i>ACCIONES:</i>											
Egresos (=)	777800	3763	7684	4243	9958	2298	—	31164	—	—	1432
Cons. Médicas	11218743	628274	270671	69233	136330	182175	20112	120637	—	209280	50339
Aten. Dentales	2149145	201636	57875	85386	109725	49708	28541	18924	316593	—	14729
Cons. Enfermeras	847946	72754	8981	—	—	2875	4435	—	—	—	—
Cons. Matronas	1310497	28256	4897	—	8508	3102	—	—	—	14231	—
Transfusiones	160865	549	2111	1878	3784	1061	—	15268	—	—	—
Anestias	372456	—	—	—	—	—	—	6471	—	—	—
Recetas	16656508	—	52676	97518	133237	49448	—	252197	—	180489	3803
Ex. Laboratorio	5731824	312354	24336	114188	117294	55949	—	531051	—	41503	888
Ex. Radiológicos	1675305	105000	14683	12937	88781	29955	—	66429	—	23054	590
Vacunaciones	4562871	51948	14430	—	9219	3159	—	—	—	—	—
Ínyecciones	16942853	—	—	—	—	—	—	42324	—	—	—
Insp. Hig. Amb.	934646	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Conex. Agua Potab.	25015	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Conex. Excretas	15516	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Letrinas instaladas	11586	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(=) Más 218 000 egresos de recién nacidos.

Las estadísticas de 1970 indican que de los 5 500 médicos aproximadamente que existen en el país en servicio activo 4 401 trabajan en el Servicio Nacional de Salud.

El Servicio cuenta con 23 149 horas médicas diarias y 35 932 camas. El número de egresos hospitalarios en 1970 fue de 793 000 y el número de consultas médicas externas de 12 027 408.

Con el objeto de implementar adecuadamente la labor normativa, el Departamento Técnico de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud ha solicitado la participación de los científicos y técnicos que laboran en diferentes campos de la actividad nacional relacionados con la salud para constituir Grupos Nacionales Normativos.

Estos grupos tienen por finalidad analizar los problemas de su especialidad en el contexto de nuestra realidad nacional, establecer las normas para enfrentarlos, crear las bases que hagan factible la aplicación de esas normas y evaluarlas periódicamente.

Los Grupos Nacionales Normativos serán integrados con especialistas del Servicio Nacional de Salud, Facultad de Medicina, y de otras instituciones públicas de salud que decidan integrar sus programas.

Se proyecta la formación de Grupos Nacionales Normativos en los siguientes campos:

- Pediatría
- Gineco-obstetricia
- Medicina
- Cirugía
- Odontología
- Salud Mental y Psiquiatría
- Neurología y Neurocirugía
- Traumatología y Ortopedia
- Oncología
- Rehabilitación
- Cirugía Cardiovascular
- Anestesiología
- Radiología
- Laboratorio Clínico
- Anatomía Patológica
- Tuberculosis
- Microbiología
- Nutrición y Control de Alimentos
- Higiene Industrial
- Higiene Ambiental
- Enfermedades Venéreas

Se establecerán también a nivel del Departamento Técnico de la Dirección General, Grupos Nacionales Coordinadores para conjugar los aspectos comunes a los diversos Grupos Nacionales Normativos con el objeto de coordinar su labor, jerarquizar las tareas y relacionarlos con los niveles superiores de la Dirección General. Esta relación con los niveles ejecutivos superiores permitirá transmitir e implantar los programas y normas hacia la base ejecutiva, zonal, de área y de establecimiento.

Se proyecta la formación de Grupos Nacionales Coordinadores sobre las siguientes funciones:

- Asistencia
- Docencia e Investigación
- Aprovisionamiento y Abastecimiento
- Estadística
- Relaciones Internacionales
- Información Médica.

Los Grupos Nacionales Coordinadores se constituyen por un representante de cada Grupo Nacional Normativo y son presididos por el Director General de Salud.

El Gobierno de la Unidad Popular se plantea como principal objetivo en política de salud la creación del Servicio Único de Salud como instrumento básico para dar una atención médica integral, preventiva, curativa y de rehabilitación de la más alta calidad científica y técnica a toda la población.

### *La Política de Salud*

Chile vive un proceso revolucionario que alcanza a todas las actividades de la vida nacional. Las grandes mayorías se han manifestado en favor de avanzar progresivamente a la construcción de una sociedad socialista. Se piensa que al socialismo en el campo de la salud debe avanzarse por etapas. El socialismo en salud se expresará por una medicina que cubra por igual a toda la población de Chile, que sea del más alto nivel científico y técnico, gratuita e impregnada del humanismo socialista. Cuando ello se alcance se llegará al mismo tiempo al Servicio Único de Salud. Entretanto, el camino hacia el Servicio Único se ha iniciado con el mejoramiento de la atención médica del Servicio Nacional de Salud.

En este camino está en primer término la democratización del Servicio Nacional de Salud.

El proyecto correspondiente ha sido elaborado con la participación del Colegio Médico, Colegio de Farmacéuticos y Colegio de Dentistas, Central Única de Trabajadores, Federación Nacional de Trabajadores de la Salud y Federación de Profesionales y Técnicos.

La democratización de las estructuras de poder incluye la participación de los funcionarios y de la población en todos los niveles de decisión. Se facilitará aquí que las acciones de Salud sean comprendidas, compartidas y apoyadas por los trabajadores de la Salud y por el pueblo.

Será preciso superar viejas contradicciones de la sociedad capitalista y la ineficacia burocrática. Será fundamental que los técnicos se compenetren de la nueva situación y modifiquen en consecuencia sus actitudes.

Otro paso que se propone dar en el sector Salud próximamente es la integración de los recursos del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados. Los beneficiarios de este último servicio son atendidos mediante un Convenio en los establecimientos del Servicio Nacional de Salud y cancelan sus honorarios a los médicos mediante un sistema de bonos introduciendo una dualidad clasista de atención en los hos-

pitales ya que el beneficiario del Servicio Nacional de Salud es atendido por los mismos médicos como funcionario y no cancela honorarios.

El Servicio Nacional de Salud se propone establecer un nuevo convenio con el Servicio Médico Nacional de Empleados para integrar sus recursos y dar una atención igualitaria a todos los beneficiarios. El aporte financiero del Servicio de Empleados permitirá aumentar la jornada de trabajo de los médicos a 8 horas diarias, extender de 8 a.m. a 8 p.m. la atención en los Consultorios y financiar Servicios de Urgencia permanente en todos los hospitales que aún carecen de ellos, medidas, que representan un rápido y gran mejoramiento de la atención médica de la población y un paso substancial hacia la constitución del Servicio Único de Salud.

En la doctrina de salud de nuestro Gobierno la salud es concebida como un proceso dialéctico, biológico y social, producto de la integración entre el individuo y el medio ambiente, influido por las relaciones de producción en una sociedad dada, y que se expresa en niveles de bienestar y eficiencia física, mental y social.

Consecuente con esta definición, resulta imprescindible analizar la salud dentro del marco de la situación económica, política y social del pueblo. Chile ha sido hasta ahora un país capitalista y presenta por tanto una sociedad de clases. Su economía es fuertemente dependiente del imperialismo extranjero, dependencia que se manifiesta en su estructura social, en su tecnología y en su cultura. Estas características fundamentales de su infraestructura social y económica condicionan los grandes problemas de salud del país. La sociedad dividida en clases determina una salud de clases.

La salud es ante todo un problema de estructura económica y social, de niveles de vida y cultura. Entre nosotros aparece fundamentalmente condicionada por el subdesarrollo. Los problemas de salud de nuestro pueblo sólo podrán recibir una solución integral venciendo el subdesarrollo y eliminando las diferencias de clases.

Por tanto, consideramos que la lucha por vencer el subdesarrollo no puede ser desconocida y ajena en nuestro país a nadie seriamente interesado en resolver los problemas de salud de la población.

Dentro del contexto general de la vía chilena hacia el socialismo las líneas programáticas de la política de Salud del Gobierno son las siguientes:

- atención médica integral e igualitaria para todos los habitantes,
- participación de la comunidad,
- participación democrática de todos los funcionarios,
- planificación de las acciones,
- centralización normativa y descentralización ejecutiva,
- prioridad a la atención ambulatoria,
- coordinación e integración con la Facultades de Medicina en la docencia, la investigación y la asistencia,
- coordinación e intercambio con otros países, en especial de Latinoamérica.

La política de Salud del país y sus líneas programáticas determinan de modo fundamental la contribución que las Facultades de Medicina deben hacer en su compromiso con la sociedad chilena.

## *La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*

La Universidad de Chile es la principal Universidad Estatal. Aproximadamente el 50% de los estudiantes de la educación superior forman parte de la Universidad de Chile, el 25% de la Universidad Técnica del Estado y el 25% restante se distribuye en 6 Universidades particulares que reciben también su principal aporte financiero del presupuesto fiscal.

Existen Facultades de Medicina en las Sedes de Santiago y Valparaíso de la Universidad de Chile y, en formación, en las Sedes de Antofagasta y Temuco, en la Sede de Santiago de la Universidad Católica de Chile, en la Universidad de Concepción y en la Universidad Austral de Valdivia.

La matrícula total de la Universidad de Chile fue en 1971 de 43 703 alumnos. De ellos 3 249 corresponden a la Facultad de Medicina. La Facultad cuenta con 2 206 académicos y 3 066 funcionarios no académicos, se incluye entre éstos al personal que trabaja en el Hospital J. J. Aguirre.

Entre los académicos se incluye a los profesionales del Servicio Nacional de Salud que trabajan en los diversos Hospitales del Servicio Nacional de Salud en los cuales se imparte enseñanza y a los cuales la Facultad ha dado reconocimiento académico.

La matrícula de primer año para alumnos nuevos en 1971 en las carreras de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile fue la siguiente:

Medicina	270
Enfermería	257
Obstetricia y Puericultura	127
Tecnología Médica	215
Nutrición y Dietética	59
Terapia ocupacional	54

Los alumnos de Medicina se distribuyen en las 5 Áreas Hospitalarias Docentes de la Facultad; los alumnos de Enfermería en 3 Áreas: Norte, Central y Oriente; las alumnas de Obstetricia en 2 Áreas: Central y Oriente, los alumnos de Tecnología Médica y Nutrición y Dietética se concentran en el Área Norte.

Como se ha descrito anteriormente la Universidad de Chile fue fundada en el año 1847 y su primer Rector fue don Andrés Bello. La enseñanza de la Medicina había comenzado unos pocos años antes, en 1833, en el Instituto Nacional.

Con la fundación de la Universidad, la enseñanza médica pasó de inmediato a constituir la Facultad de Medicina. Su primer Decano fue el francés Lorenzo Sazié. Durante todo el siglo pasado la medicina chilena recibió una fuerte influencia de la medicina francesa y británica y posteriormente una influencia creciente de la medicina alemana, situación que se mantiene hasta el primer tercio de este siglo. Después de la Segunda Guerra Mundial, la medicina chilena es fuertemente influida por el auge de la medicina norteamericana.

La ausencia de una clara política en la antigua Facultad de Medicina

que estuviese enraizada en nuestros problemas nacionales unida al perfeccionamiento muy frecuente de los docentes de la Facultad en los países europeos y en los Estados Unidos, y, más aún, la ayuda extranjera de las fundaciones para abordar algunos problemas específicos, ha significado a través de los años, un importante desarrollo de la investigación biológica y clínica en nuestras Facultades de Medicina que las ha llevado a un buen nivel científico y técnico pero desvinculado de la problemática principal de salud del país, determinando un proceso de enajenación de nuestros mejores investigadores y académicos que se ha ido proyectando a través de los años con efectos perniciosos para la formación de nuestras juventudes.

Otro hecho que es indispensable destacar históricamente es la desvinculación de la antigua Facultad de los planteamientos fundamentales sobre la atención de la salud que afloraban en la doctrina del Servicio Nacional de Salud. En efecto los postulados de la Organización Mundial de la Salud sobre la necesidad de un enfoque antropológico de la medicina y los postulados del Servicio Nacional de Salud de proporcionar una medicina integral a la población entraban en contradicción dentro de la Universidad con la actitud principal centrada en la atención de la medicina privada. Estos hechos contribuyeron a desencadenar y a orientar la crisis ocurrida en la Universidad de Chile en mayo de 1968 que condujo a la Reforma de la Facultad de Medicina.

Movimientos de reforma similares han afectado en mayor o menor grado a todas las Universidades del país a partir de 1968.

### *La Reforma Universitaria*

Para comprender el sentido y curso de la Reforma de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile es preciso tener presente las características de la antigua Facultad. Su estructura administrativa y académica determinaba una gran concentración de poder en las autoridades unipersonales, Decano, Directores de Escuelas, Profesores, Jefes de Cátedras, dentro de un régimen fuertemente autocrático. A los niveles de decisión no tenían acceso sino los profesores titulares y extraordinarios con más de cinco años de actividad docente. No existía una edad de retiro obligatorio y era frecuente que docentes muy calificados envejecieran y jubilaran sin haber alcanzado jamás una posición de responsabilidad dentro del sistema. No participaban en las resoluciones los profesores auxiliares ni los profesores agregados ni los ayudantes. Tampoco tenían responsabilidad directiva los estudiantes ni los funcionarios administrativos ni de servicio.

Otro aspecto muy importante que alcanzó un nivel crítico en el periodo inmediato antes de la Reforma fue la contradicción creciente o progresiva que se daba entre los planteamientos de una medicina funcionalizada por parte del Servicio Nacional de Salud y la dedicación preferente de los profesores de la Facultad a la medicina privada. Estas contradicciones que se presentaban a los alumnos eran agudizadas por el conocimiento, en sus prácticas hospitalarias, de una medicina de un buen nivel técnico y a veces científico, pero alejada totalmente de la búsqueda de soluciones para los principales problemas de salud del país; de modo que, el entrenamiento y la enseñanza que recibían durante el curso de la carrera no los capaci-

taba adecuadamente para enfrentar los problemas médicos que los jóvenes profesionales encontraban al ser distribuidos a lo largo del país como funcionarios del Servicio Nacional de Salud, particularmente como Médicos Generales de Zona.

La enajenación de los profesores e investigadores de la vieja Facultad era la resultante de la concepción misma de la Universidad determinada por las características de la organización social y económica del país y del proceso de desarrollo de la medicina chilena que en los últimos años había recibido como todos los países de América Latina una fuerte influencia norteamericana.

La Reforma Universitaria surgió como una violenta crítica de parte de los estudiantes y docentes jóvenes cuestionando su estructura interna y sus relaciones con la sociedad y el papel que debía cumplir en el momento histórico actual. Las Universidades reflejaban la desigualdad de clases sociales existentes en el país. Ya que, a pesar de ser gratuitas, de hecho operaba una discriminación económica como factor de selección en el acceso a la educación superior. Se denunciaba que las Universidades eran organismos o instituciones enajenantes que actuaban en desconocimiento de la problemática fundamental de la sociedad en que existían, con una estructura autocrática que no facilitaba a la integración del conocimiento ni el diálogo entre los académicos ni la relación de estos con los estudiantes. Las Universidades constituían centros de docencia y estudios superiores regidos por normas y estructuras concebidas bajo el concepto del cultivo del saber por el saber o por una orientación profesionalizante. Los integrantes de la comunidad universitaria reclamaban su derecho a participar en la dirección de las Universidades y a exigir que éstas desarrollen sus labores académicas en íntima consonancia con los problemas sociales existentes.

La Reforma de la Universidad de Chile es una nueva concepción de la Universidad que exige su transformación en "una comunidad democrática de trabajo intelectual, destinada a contribuir al desarrollo integral del país a través de la investigación científica, la creación, la docencia y la extensión de la cultura superior y por ello, a conformar la conciencia crítica y la voluntad de cambios necesarios para promover el progresivo desenvolvimiento de la sociedad chilena".

La democratización del poder ha tenido lugar, a través del nuevo Estatuto Universitario, en la institucionalización del co-gobierno y la elección democrática de las autoridades unipersonales. Participan en las elecciones todos los integrantes de la comunidad universitaria: la votación de los académicos tiene una ponderación del 65%, la de los alumnos del 25%, y la del personal no académico, del 10%. Iguales proporciones tiene la representación de los tres testamentos en los organismos colegiados: Consejo Universitario, Consejos de Facultades o de Departamentos.

La democratización real del ingreso en las Universidades sólo se alcanzará cuando se logre suprimir la existencia de clases en la sociedad. Entretanto la Universidad Reformada ha iniciado algunas medidas especiales para favorecer el ingreso de los trabajadores mediante cuotas especiales reservadas para ellos y exámenes de selección diferentes.

Un aspecto de particular interés de la Reforma ha sido la separación de la estructura académica de la estructura administrativa que ha tenido lugar a través del recemplazo de la cátedra por el departamento. El Departa-

mento es la "unidad académica administrativa básica donde se realizan en forma integrada la docencia, la investigación científica y tecnológica o la creación artística y la extensión en un campo determinado del conocimiento". El departamento garantiza la libertad y la autonomía al académico y es administrado por un cuerpo colegiado elegido democráticamente.

La separación de la estructura administrativa y académica ha puesto fin a la organización tradicional de las Facultades que significaba una enorme concentración de poder jerárquico en una sola persona, el Profesor Jefe de Cátedra, y ha entregado mayor libertad y autonomía a los académicos calificados para el desempeño de sus labores.

Se pretende de este modo impulsar la creatividad artística y la investigación científica que han de llegar a constituir parte esencial del trabajo de los departamentos.

El poder administrativo es entregado a los organismos colegiados en que tienen representación todos los sectores universitarios. La función ejecutiva es entregada a autoridades unipersonales elegidas democráticamente por periodos de 2 a 4 años.

La designación de los profesores tiene lugar mediante la evaluación académica por comisiones idóneas y se basa fundamentalmente en los antecedentes de investigación y docencia con prescindencia de cualquier otro factor. Han sido eliminadas las votaciones de los claustros o cualquier otro tipo de votaciones para la elección de profesores o para la entrega de responsabilidades académicas.

Paralelamente a la democratización el reemplazo de la cátedra por el departamento envuelve el concepto de superar una estructura de carácter analítico con tendencia a la disgregación y a la ultraspecialización del conocimiento y reemplazada por una estructura que favorezca el carácter humanista, integrado y unitario del saber.

Los conceptos de la Universidad Reformada aplicadas a la Facultad de Medicina significan para sus funciones de investigación, docencia y extensión una íntima correlación con las acciones del Servicio Nacional de Salud para alcanzar los objetivos del Plan de Salud del país. En efecto, el Servicio Nacional de Salud ofrece a las Facultades de Medicina un conocimiento sobre la realidad médico-social chilena, conocimiento al cual contribuye la Facultad misma. Y es frente a esa problemática que la Facultad reformada ha de orientar sus labores de investigación y docencia para formar los profesionales que el país requiere y determinar las prioridades en la inversión de recursos para la investigación básica y clínica.

La plena concordancia de la necesidad de aunar los recursos humanos y materiales para el logro de objetivos complementarios o comunes ha dado origen a las comisiones mixtas Servicio Nacional de Salud-Facultad de Medicina y al Nuevo Convenio entre ambas instituciones.

#### *El Nuevo Convenio Facultad de Medicina-Servicio Nacional. Las Comisiones Mixtas*

En reemplazo del convenio antiguo que establecía las relaciones entre los servicios asistenciales y las cátedras universitarias que funcionaban en algunos hospitales estatales se ha aprobado, a raíz de la reforma, un nuevo

y más amplio convenio, que cubre íntegramente las relaciones entre la Facultad y el Servicio Nacional de Salud y que deberá ser complementado mediante convenios subsidiarios. Básicamente se establece la existencia de Comisiones Paritarias Mixtas formadas por representantes de ambas instituciones a los diversos niveles de resolución de sus propias estructuras. A nivel de la Dirección General de Salud y del Decanato de la Facultad se constituye una comisión para establecer los acuerdos de política general. Comisiones mixtas similares se constituyen a los diversos niveles de ejecución: Zona o Área de Salud, Hospitales y Departamentos o Servicios Docente-Asistenciales. El objetivo fundamental de estas comisiones es el de correlacionar los planes de salud y los programas de enseñanza, coordinar el uso de los recursos humanos y materiales existentes o aportados por ambas instituciones y compatibilizar las acciones de salud y docencia.

Otro aspecto fundamental del Nuevo Convenio que es digno de destacar es el que establece la indiscriminación funcionaria y administrativa entre los profesionales pertenecientes a cualquiera de ambas instituciones que desarrollen funciones docentes y asistenciales, hecho que constituye un paso de singular importancia hacia la integración de ambas instituciones en un extenso campo de actividades asistenciales y de enseñanza de pre-grado y post-grado.

El Convenio Facultad de Medicina de la Universidad de Chile-Servicio Nacional de Salud sirve actualmente de modelo para la elaboración de convenios similares entre el Servicio y las otras Facultades de Medicina del país.

#### *Texto del Convenio*

La Universidad de Chile, representada por su Rector y el Servicio Nacional de Salud, representado por su Director General, previamente autorizado por los H. Consejos Superiores respectivos, teniendo presente la política tendiente a establecer un Servicio Único de Salud que importa la integración de sus respectivas organizaciones asistenciales, y considerando que la coordinación y sincronización de los recursos y actividades de ambas Instituciones redundará en un positivo beneficio para el progreso científico en materia de salud, así como un mayor bienestar para la comunidad, suscriben el siguiente Convenio:

1. Créase una Comisión Mixta, paritaria compuesta por representantes del Servicio Nacional de Salud y de la Facultad de Medicina, respectivamente, cuya función será la de informar todas las materias que incidan en el funcionamiento de ambas Instituciones en las áreas de acción común, y proponer las medidas necesarias para la mejor coordinación y el aprovechamiento de los recursos materiales y humanos en el campo de la salud, en su área de competencia.

Los planes que elabore la Comisión Mixta y las medidas que sean necesarias para su ejecución, serán propuestas a las autoridades competentes de cada Institución.

Cualquiera otra Comisión que actualmente funcione, en aspectos científicos atinentes a ambas Instituciones, deberá relacionarse con la Comisión Mixta creada en este instrumento.

2. Para los efectos del presente Convenio, son materias de interés común para ambas Instituciones entre otras las que se relacionan con: la investigación en salud, la planificación de la formación profesional, la extensión universitaria, la regionalización docente asistencial, en el campo de cualesquiera de las profesiones y capacidades de la salud, en su área de competencia, todo ello, sin perjuicio de las funciones privativas y específicas que corresponden a cada una de las Instituciones firmemente en estas mismas materias.
3. La Comisión Mixta deberá proponer a las autoridades competentes, las modificaciones legales y reglamentarias que estime indispensables para establecer el acceso no discriminado de personal del Servicio Nacional de Salud y de la Facultad a cargos de ambas Instituciones.

El desempeño funcionario en cualquiera de las Instituciones contratantes podrá ser exhibido como antecedente en la otra, para los efectos que sean pertinentes y reconocido en conformidad con la legislación y reglamentación pertinente.

4. El personal profesional de ambas Instituciones en proporción y responsabilidad acordes con su Institución de origen y el cargo que desempeñen, en conformidad con la legislación y reglamentación vigentes, cautelándose en todo momento la satisfacción de las necesidades de la población. La Comisión Mixta propondrá las modificaciones legales y reglamentarias para la adecuada integración de los equipos de salud.
5. Créanse Sub-Comisiones paritarias de coordinación de la acción conjunta en cada uno de los niveles administrativos del Servicio Nacional de Salud, esto es, en zonas, áreas, establecimientos o servicios, según corresponda.
6. Las Instituciones pactantes deberán asegurar que el programa de regionalización docente asistencial actualmente en vigencia permita:
  - a) La vinculación de todas las áreas de salud con los respectivos centros universitarios.
  - b) Un adecuado programa de perfeccionamiento de todo el equipo de salud, que mantenga y mejore el rendimiento de sus integrantes.
7. Cada una de las Instituciones pactantes, previo acuerdo de sus respectivas autoridades, deberá poner a disposición de la otra los recursos complementarios que posea y que sean necesarios para el desarrollo de las labores acordadas dentro del programa de acción común.

La utilización de los recursos complementarios se hará conforme a lo que establezcan las autoridades correspondientes, y en todo caso, deberá ajustarse a las normas legales y reglamentarias vigentes en cada una de las Instituciones pactantes.

Anualmente, deberá evaluarse el costo de las actividades que se realicen en común.

Se incluirá como anexo del presente documento un cuadro de los recursos que ambas Instituciones aportan a la consecución de sus comunes objetivos.

8. Las Instituciones pactantes se comprometen a promover, a nivel del Ministerio de Salud Pública, y con participación del Servicio

Nacional de Salud, las Universidades y demás organizaciones que corresponda, la formulación de una política nacional de formación profesional y no profesional del equipo de salud, en todos sus niveles, que permita la solución integral cualitativa y cuantitativa de las necesidades de recursos humanos en el campo de la salud.

9. Las Instituciones pactantes se comprometen a formular una política y a desarrollar programas conjuntos de investigación científica en el campo de la salud.
10. Las Instituciones pactantes se comprometen a coordinar e impulsar cualquier otro tipo de actividades que persiga el desarrollo equilibrado de todas las ramas de la medicina y las ciencias de salud, en el ámbito de su competencia.
11. Las Instituciones pactantes se comprometen a coordinar sus respectivos planes y programas de extensión en el campo de la salud.
12. Los acuerdos parciales que se requieran para el cumplimiento de lo expresado en las cláusulas anteriores de este Convenio, se entenderán como parte integrante del presente instrumento.

#### *Las Areas Hospitalarias Docentes. Los Departamentos y Unidades Docentes*

El Convenio Facultad-Servicio Nacional de Salud toma expresión práctica en cinco grandes Areas Hospitalarias Docentes en Santiago que constituyen la estructura actual de la Facultad de Medicina.

Ellas son denominadas por su ubicación geográfica en el gran Santiago. En cada Area se ha constituido un Departamento Universitario o Unidad Docente de Medicina, uno de Cirugía, uno de Gineco-Obstetricia y uno de Pediatría, este último a menudo en un Hospital aparte integrando un complejo hospitalario de área con un Hospital General. Salvo el Hospital José Joaquín Aguirre que aún pertenece administrativamente a la Universidad de Chile, todos los demás pertenecen al Servicio Nacional de Salud.

El Area Norte está constituida por el Hospital José Joaquín Aguirre en que existen los Departamentos de Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia más un Departamento de Especialidades que agrupa Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología y Neurología. Estas especialidades en las otras Areas están incorporadas a los Departamentos de Medicina o de Cirugía y existe la tendencia a integrarlas igualmente en este Hospital en el futuro.

Forma parte del Area Norte también el Hospital de Niños Roberto del Río donde funciona la Unidad Docente de Pediatría de esa Area.

Se ha adoptado una diferente terminología para la denominación de los organismos que comprenden disciplinas homónimas en el Hospital Universitario y en los Hospitales del Servicio Nacional de Salud en razón de que los Departamentos universitarios comprenden íntegramente la parte administrativa de los mismos; en cambio, en los Hospitales del Servicio Nacional de Salud la mayor parte de la labor administrativa corresponde a la estructura de los servicios asistenciales existiendo una parte administrativa menor puramente docente o académica.

Estos organismos han sido denominados Unidades Docentes. En lo que respecta a la estructura y organización de las funciones académicas son enteramente análogos a los Departamentos.

El Área Sur está constituida por los Hospitales Barros Luco-Trudeau en que existen las Unidades Docentes de Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia y el Hospital Ezequiel González Cortés en que funciona la Unidad Docente de Pediatría.

En el Área Oriente se cuenta con el Hospital Salvador para la atención de adultos con una organización similar a los otros hospitales de adultos y el Hospital de Niños Dr. Calvo Mackenna.

El Área Occidente se cuenta con un Hospital General que incluye la atención pediátrica, el Hospital San Juan de Dios; y un Hospital General complementario, el Hospital Félix Bulnes.

En el Área Central se cuenta con el complejo hospitalario San Francisco de Borja-Arriarán, de estructura similar a los anteriores.

En lo que respecta a la enseñanza básica y pre-clínica existe provisoriamente una situación de transición que va hacia la descentralización completa la enseñanza de la Facultad de manera que en el futuro se desarrolle íntegramente la docencia de primero a séptimo año de Medicina con autonomía relativa en cada una de estas cinco Áreas Hospitalarias Docentes.

Hasta el año pasado, la enseñanza básica era impartida en seis Departamentos de Ciencias Básicas centralizados y ubicados geográficamente en el Área Norte. Estos eran los Departamentos de Biología y Genética, Bioquímica y Química, Morfología, Fisiología y Biofísica, Farmacología, Microbiología y Parasitología.

En estos Departamentos Básicos se daba la docencia correspondiente a los programas de las cinco áreas hospitalarias docentes para los primeros dos años de la carrera, la que continuaba a partir del tercer año en cada una de ellas con diversos grados de integración de las materias pre-clínicas y clínicas.

A partir del presente año las Áreas Hospitalarias Docentes Central y Oriente han iniciado la matrícula desde el primer año.

Las materias denominadas pre-clínicas son impartidas desde el Departamento de Medicina Experimental de reciente formación en cada una de las Áreas Central, Sur y Oriente. Este Departamento comprende las siguientes disciplinas: Patología General, Fisiopatología, Microbiología y Parasitología, Farmacología y Anatomía Patológica.

En el Área Norte, que corresponde al Hospital Universitario y donde ha funcionado desde sus orígenes la Carrera de Medicina, la enseñanza pre-clínica es impartida desde más de un Departamento. En esta Área el Departamento de Medicina Experimental, comprende sólo la Patología General y la Fisiopatología.

En el Área Poniente no se ha desarrollado un Departamento de Medicina Experimental. Los cursos pre-clínicos han sido organizados por el concurso de académicos pertenecientes a los diversos Departamentos clínicos, dando lugar a una interesante variedad de integración básico-clínica.

Existen además como Departamentos centralizados de ubicación en el Área Norte los Departamentos de Medicina Legal, Nutrición, Psiquiatría y Salud Pública. Estos Departamentos son responsables de las disciplinas respectivas en todas las Áreas. Particularmente, el Departamento de Psiquiatría y el Departamento de Salud Pública han destacado un grupo de académicos y funcionarios para cada Área Hospitalaria Docente que se ha integrado al Área respectiva, desarrollando su labor docente y de investigación en el

lugar, aún cuando los grupos pertenecen administrativamente al Departamento único centralizado, este hecho tiene importancia por cuanto la reforma de los planes de enseñanza ha significado una ampliación de los programas de las ciencias psicosociales, de la psiquiatría y de la salud pública que extiende desde el primero hasta el séptimo año de la carrera la participación de estos Departamentos, dando cohesión básica a los programas renovados.

La nueva estructura departamental ha permitido una mejor utilización de los recursos humanos y materiales y por tanto un mejor rendimiento en la atención de la salud y de la enseñanza. Los servicios asistenciales de Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría y su contrapartida universitaria de Unidades Docentes homónimas coordinan sus labores asistenciales y docentes a través de las Comisiones Mixtas Docentes Asistenciales.

Tanto la Facultad de Medicina como el Servicio Nacional de Salud aportan recursos a estas dependencias para sus programas específicos. Pero la práctica señala que son a menudo indistinguibles los límites de estas tareas y ambas Instituciones están interesadas en la marcha progresiva a integrar cada vez más extensamente las labores de investigación, docencia y asistencia.

En el campo de las disciplinas pre-clínicas, Patología General, Bacteriología, Parasitología, Anatomía Patológica, Fisiopatología, Farmacología, la integración de los recursos de la Universidad se da una parte con los servicios clínicos hospitalarios y de otra con los laboratorios respectivos.

Los Departamentos actuales son una tentativa racional y experimental de establecer integraciones y coordinaciones; han sido constituidos con el máximo de flexibilidad permitiéndose diferentes formas de agrupación en las diferentes Areas Hospitalarias Docentes de Santiago dependientes de la Facultad. Sólo a través de su evaluación periódica se llegará a establecer las agrupaciones más coherentes y ventajosas, aplicando el sentido crítico permanente que debe prevalecer en la Universidad.

Algunos de sus frutos ya se han logrado. Así por ejemplo, la Departamentalización promovida por la Reforma ha hecho posible la fusión de cuatro Cátedras de Medicina y tres Cátedras de Cirugía que existían dentro del Hospital José Joaquín Aguirre en un Departamento de Medicina y otro de Cirugía, respectivamente con obvias ventajas que se desprenden de estas integraciones. Se han constituido los grupos naturales de trabajo concentrados los recursos humanos y materiales con un evidente mejor aprovechamiento en las actividades académicas y asistenciales.

Se ha inaugurado el Centro de Nefrología y Trasplantes del Hospital José Joaquín Aguirre que es el primero de su clase que se crea en el país; se ha constituido la Unidad de Tratamiento Intensivo, que es uno de los centros de adiestramiento de la O.P.S.; se ha dado gran importancia a la investigación y asistencia en Oncología utilizando los recursos de todas las ex cátedras; se ha logrado hacer modificaciones en la asistencia creando residencias que no existían y la atención de 24 horas en los Laboratorios Clínicos.

En el Arca Central se fusionaron dos Cátedras de Medicina y dos de Cirugía de gran rigidez estructural en un Departamento de Medicina y otro de Cirugía de una estructura más flexible que ha dado origen a la organización funcional de grupos de trabajo médico-quirúrgicos por sub-especialidades, como Cardiología, Gastroenterología, Nefrología, Endocrinología, etc.

En lo que respecta a las disciplinas denominadas "pre-clínicas": Bacteriología, Parasitología, Farmacología, Patología General, Anatomía Patológica y Fisiopatología se ha logrado la integración con los campos clínicos en Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia tanto en las actividades docentes como en la investigación y la labor asistencial con utilización conjunta de los recursos de personal, laboratorios e instrumentos.

Los Departamentos están desarrollando planes de docencia y asistencia que no fueron posibles dentro de las viejas estructuras. Se ha favorecido la activa comunicación entre los académicos que aplican su interés en la misma área de conocimiento; utilización común de los elementos de trabajo (laboratorios, instrumentos, etc.); economía y mejor aprovechamiento de los recursos; supresión de dualidades en la programación científica y diversas integraciones en lo docente y asistencial.

Las Áreas Hospitalarias Docentes presentan una gran capacidad potencial para la formación de todos los profesionales que requiere el equipo de salud y permitirán acelerar la corrección del déficit de estos profesionales en nuestro país.

En estas Áreas se proyecta desarrollar programas docentes para las carreras de Medicina, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Tecnología Médica y otras dentro de la política general de la Facultad, pero permitiendo variaciones en los currícula que den posibilidades de recoger experiencias paralelas diferentes de las diversas áreas. En el curso de los dos últimos años ha sido posible aumentar la matrícula de la Carrera de Medicina que estaba estacionaria por más de diez años en 160 alumnos, a 200 en 1969 y a 280 en el presente año. La matrícula para la Carrera de Enfermería ha aumentado en el presente año de 100 a 250 y la de Tecnología Médica de 70 a 100 en 1970 y a 200 en el presente año. La Carrera de Nutrición ha tenido un leve aumento de matrícula, de 40 a 60, en razón de no existir una definición clara por parte del Servicio sobre la extensión del campo ocupacional de estas profesionales, materia que está actualmente en estudio. La matrícula para la formación de matronas no ha sido aumentada por considerarse que la admisión actual a través de las diferentes sedes universitarias del país es adecuada. En la Carrera de Terapia Ocupacional ha ocurrido un aumento de 15 a 50 plazas.

No obstante los esfuerzos realizados desde 1968 para lograr disminuir el agudo déficit de los profesionales de la salud, será necesario en los años próximos crear nuevos centros docentes para alcanzar la relación adecuada de profesionales respecto del número de habitantes del país. Estos déficit son muy acentuados; así por ejemplo la relación actual médico por habitante es de 1 por 1700, estimándose que para la estructura de los organismos de salud del país la mínima relación aceptable es de 1 por 1000 habitantes. A juicio de la Facultad, los futuros centros docentes debieran tener lugar en las diversas provincias del país donde el nivel de la atención médica presenta condiciones satisfactorias. De hecho esta situación existe en varias ciudades, por ejemplo, en Antofagasta y Temuco, que podrán ser incorporadas a la docencia médica con un costo relativamente bajo para el país. En un acuerdo con las Sedes Universitarias de Antofagasta y Temuco y con la Dirección General las autoridades locales del Servicio Nacional de Salud se ha abierto la matrícula para 25 alumnos de Medicina en cada una de estas Sedes en el presente año. Los alumnos cursarán pri-

mero y segundo año de la carrera en la Facultad de Medicina en Santiago y continuarán sus estudios preclínicos, clínicos y el internado en esas provincias. El desarrollo de la carrera en esas sedes ha sido programado incorporando en 1971 al Plan de Formación de Académicos de la Facultad los docentes necesarios para las materias del 3er. año de la carrera y años superiores y mediante implementación de recursos para los respectivos Hospitales Regionales.

Una importante extensión de las áreas docentes para las otras profesiones de la salud, Enfermería, Obstetricia, Tecnología Médica y Nutrición ha ocurrido con la incorporación a la docencia de los Hospitales de provincias de tipo A, en Arica, Antofagasta, Inquique, La Serena, Talca, Chillán, Temuco y Osorno.

Se cumple de este modo con otro de los postulados importantes de la reforma universitaria cual es favorecer la descentralización de la Universidad de Chile y contribuir al desarrollo de las provincias en los aspectos académicos, científicos y tecnológicos.

El compromiso de la Facultad de Medicina con la realidad médico-social chilena se cumple fundamentalmente a través de la formación de los profesionales de la salud.

Los aspectos conceptuales que informan los planes de enseñanza de todas las carreras son los mismos. A modo de ilustración se analizará en particular la enseñanza de la Medicina.

## LA ENSEÑANZA MÉDICA DE PRE-GRADO

### *Objetivo de la enseñanza médica*

El objetivo primordial de la Facultad de Medicina es formar profesionales capaces de satisfacer las necesidades de salud del individuo y de la comunidad con un cabal conocimiento de la realidad nacional y la preparación científica y técnica adecuada para comprender y hacer progresar la medicina moderna. Junto con esto, la Facultad se propone formar médicos con un claro sentido de responsabilidad social, de modo que sean agentes efectivos de las transformaciones que nuestro país requiere para salir del estado de atraso económico y social, que caracteriza a nuestra América Latina. El médico debe egresar con una clara comprensión del hombre como unidad biológica, psíquica y social y del concepto de la medicina integral, necesario para cubrir en la práctica médica los aspectos de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

En la preparación de profesionales para el equipo de salud, las Facultades de Medicina deben considerar el régimen Institucional de atención médica del país dentro del cual le corresponderá desempeñarse. En el caso de Chile, por ejemplo, con una medicina exactamente funcionarizada la Facultad deberá entregar un médico que, fuera de la preparación técnica adecuada, posea una buena formación para su papel como agente de educación, de consejero y guía para el individuo, la colectividad y las autoridades; que tenga conocimiento de administración y de planificación y que esté capacitado para afrontar las situaciones que derivan de las interrelaciones que existen entre las salud del país y los factores económicos sociales y cultu-

rales. Por lo tanto, es de gran importancia infundir en estos profesionales una actitud de servicio a la colectividad, de responsabilidad frente al prójimo, de comprensión científica de la realidad nacional, de capacidad para resolver problemas de la comunidad y de coraje para impulsar los cambios necesarios.

En consecuencia, la Facultad reformada se planteó como necesidad inmediata establecer las bases que condujeran a un cambio de actitud de los universitarios frente a la vida y la sociedad y a romper el individualismo a que los conducía la enseñanza tradicional. Las necesidades de salud de la población han determinado la política de establecer un curriculum que conduzca a la formación de un médico general, dejando la especialización para la enseñanza de post-grado. Se ha considerado que no corresponde a nuestro país, con un déficit evidente en la relación médico por habitante y aún mayor en la relación de los otros profesionales de la salud, formar un médico especializado tempranamente en la Facultad de Medicina.

### *El Curriculum de la Carrera de Medicina de la Universidad de Chile*

El Curriculum de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se desarrolla a lo largo de 7 años y comprende tres fases: una 1a. fase de formación básica de 2 años, una 2a. fase de formación clínica de 3 años y una 3a. fase de práctica médica o internado de 2 años de duración.

El programa conduce a la formación de un médico general, no especializado.

La duración del año académico es de 40 semanas en los 5 primeros años y de 49 semanas en los 2 últimos años.

A lo largo de la carrera se desarrollan con diferente proporción en cada fase 4 grandes áreas o vertientes que se integran: biológico-médica, psíquica, social y de formación general.

#### *Fase I (2 años).*

L.a. Vertiente biológica-médica. En esta fase la vertiente biológica-médica tiene por meta la integración de la Fisiología, la Bio-química y la Morfología, que se agrupan en el 2º semestre. Con este objetivo se inicia el 1er. semestre con un complejo básico general que comprende Bio-matemáticas, Física, Química, Bio-estadística y Biología celular. La Química se prolonga hasta el 2º semestre. Bio-matemáticas y Bio-estadística se imparten parcialmente integradas. Física y Química se dan coordinadamente para abordar la Físico-química.

El curso de Biología celular precede al curso integrado de las Ciencias Morfológicas (Histología, Anatomía, Neuroanatomía y Embriología).

La Fisiología y la Bio-química se dan coordinadamente. Cada uno de estos cursos es de 270 horas.

En el 2º semestre de 2º Año se imparte un curso de Genética de 70 horas que se programa desde la Genética Molecular (cuyas bases han sido dadas en el curso de Biología Celular) hasta la Genética

Humana. Incluye trabajos experimentales y de terreno en poblaciones humanas.

En la programación de esta fase I se establecen algunas integraciones entre las diferentes vertientes por ej.: Sociología con Bioestadística, Fisiología con Psicología, etc., que significan labores docentes comunes.

- I.b. Vertiente Social. Se inicia el 1er. Año con un Curso de introducción a la Sociología que se prolonga en el 2º Año con Sociología Aplicada a nuestro medio nacional. Son cursos de 72 horas cada uno desarrollados a lo largo de un semestre. El 2º Curso integra su programa con el de la vertiente psíquica de la Fase I.
- I.c. Vertiente Psíquica. Comprende un Curso de Psicología General de 72 horas que se imparte en el 2º Año y se motiva con el conocimiento de individuos de diferentes edades y de diferentes condiciones sociales.
- I.d. Área de formación general. Agrega obligadamente a elección un curso humanístico de 72 a 96 horas de lecciones teóricas y prácticas entre materias como Antropología Social y Cultural, Ética, Lenguas (griego a alemán), Filosofía de la Ciencia, Historia del pensamiento científico, Historia de la Medicina, Teoría del Arte Contemporáneo, Música vernacular, etc.

Cuatro semanas de cada año de esta Fase I están reservadas para actividades electivas dentro de las disciplinas, curriculares que el alumno realiza bajo la dirección de un tutor en Laboratorios o en prácticas de terreno.

Los alumnos de la Fase I tienen además acceso a diversos cursos libres esporádicos como Enfermería, Primeros Auxilios, etc.

En la Fase I las actividades teóricas representan el 25% del horario de cada Curso, el 75% se realiza como trabajos prácticos o discusiones en pequeños grupos según las asignaturas.

Los alumnos realizan personalmente las prácticas de laboratorios bajo la orientación de los docentes.

Esta Fase I comprende en sus objetivos la formación de una mentalidad científica y crítica por lo que a través de las diversas asignaturas se ha planificado un programa de formación en el método científico. La Anatomía va desarrollando la capacidad de observar, describir y establecer relaciones especiales, la Bio-matemáticas, el raciocinio lógico, el método analítico y la expresión simbólica. El programa formativo se concreta principalmente con un trabajo de investigación científica de modelo sencillo que es entregado al alumno desde su elaboración hasta la expresión final de los resultados.

## *Fase II (3 años).*

Presenta algunas modalidades propias en cada una de las 5 grandes Áreas Hospitalarias-Docentes de Santiago en que la Facultad de Medicina desarrolla la enseñanza. En general puede describirse del siguiente modo:

- II.a. Se sub-divide en 2 capítulos 1) Patología General y 2) de la Patología Clínica. La separación no es neta. El primer capítulo tiende a agruparse en el primer semestre y el segundo en los 5 semestres siguientes:

- II.a.1. El capítulo de Patología General abarca disciplinas que tienen por objetivo dar las bases teóricas y científicas de la Medicina: el estudio de los agentes productores de las enfermedades (Microbiología, Parasitología, Virología) los aspectos fisiológicos, bio-químicos y morfológicos de la producción de las enfermedades (Patología Funcional); las manifestaciones de los trastornos morfológicos determinados por la enfermedad evidenciables en el hombre (Anatomía Patológica) y los principios de la terapéutica (Farmacología General). Estos cuatro grupos de Cursos están estrechamente correlacionados y en muchos temas se integran por ej.: la Inmunología que integran la Microbiología, la Patología Funcional, etc.
- II.a.2. Capítulos de Patología Clínica. Incluye las cuatro disciplinas fundamentales de la Clínica: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría.
- Inicialmente (2º Semestre del 3er. Año) se dan integradas en la Semiología, posteriormente se distribuyen en los 4 semestres académicos restantes (24/12) de la siguiente manera: Medicina 8/12; Cirugía 6/12; Pediatría 4/12; Obstetricia 4/12 y Neurología 2/12.
- Estos 2 años académicos tienen por objeto entregar al alumno los principios del diagnóstico, la exploración funcional y el tratamiento de las principales afecciones de la población chilena.
- La parte principal de las disciplinas agrupadas en el Capítulo Patología General se trata integrada con los temas respectivos en Patología Clínica. Asimismo cada tema de Patología Clínica es complementado con la vertiente psíquica y social para entregar al alumno la visión de la Medicina Antropológica y de la Medicina Integral. La enseñanza se realiza fundamentalmente al lado de la cama del enfermo. En el 5º Año se incluyen actividades en consultorios externos de especialidades en los hospitales y en consultorios generales periféricos en las poblaciones.
- II.b. Vertiente psíquica. Continúa el programa de la línea iniciada en la Fase I, con la Semiología Psiquiátrica, luego con la Psiquiatría Clínica para finalizar en el 5º Año con Salud Mental.
- II.c. Vertiente Social. Continúa la línea comenzada en la Fase Básica, pero ahora enfocando su labor hacia la Semiología de la comunidad, la exploración del grupo social y la Medicina Comunitaria y Social. La Epidemiología es una disciplina adicional que facilita el cometido propuesto en esta fase curricular. Se programa una coordinación entre las vertientes social y biológica-médica, de manera que la Epidemiología guarda relación con la Patología General y, a su vez, la Semiología Comunitaria con la Semiología Médico-Pediátrica. La Medicina Comunitaria y la Medicina Preventiva y Social se relacionan con los cursos clínicos de 4º y 5º años.
- II.d. Area de Formación General. Se reduce en forma importante y se refiere a clases magistrales y reuniones de seminario que se realizan en los Cursos de Patología Funcional y Medicina y otras disciplinas clínicas y versan sobre problemas más amplios, tomando como base lo planteado en los cursos ejes. Se continúa con las "actividades electivas" en la misma forma que se estipuló en la Fase I.

En la Fase II el tiempo disponible para actividades docentes teóricas no excede el 20% del horario total. El tiempo restante se distribuye en trabajos prácticos en salas de hospitales, laboratorios, consultorios, terrenos y en reuniones de difusión en pequeño grupo.

En la sala de hospitales cada alumno dispone de un número variable de camas (aproximadamente 4), que están bajo la supervisión de un docente experimentado. En general, se pretende que la enseñanza sea la más activa posible.

### *Fase III o de Internado (2 años)*

Corresponde a los últimos años de la carrera y tiene como objetivo proyectar los conocimientos, los hábitos, las habilidades y destrezas adquiridas en las fases precedentes a la práctica médica asistencial en hospitales, de consultorios externos y en la comunidad.

Consta de cuatro periodos de 24 semanas de extensión cada uno (Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia) y un 5º periodo de cuatro semanas destinado a práctica en medio rural.

En el periodo de Medicina se incluyen 3 semanas en un Servicio de Dermatología; en el de Cirugía, tres semanas de Oftalmología, Otorrinolaringología y Urología y en el de Pediatría, una semana de Dermatología Infantil.

El periodo de Internado Rural se realiza en lugares distantes de Santiago, de escasa población y que presentan una problemática de Salud diferente a la del medio metropolitano. El interno participa en la programación del plan de salud, trabaja con el equipo de profesionales, auxiliares y estudiantes y proyecta su acción a la comunidad.

La Fase III es eminentemente práctica y no contempla lecciones teóricas, excepto sobre aquellas materias que no fueron tratadas en las Fases I y II, como Oftalmología o Dermatología.

### *El enfoque antropológico de la Medicina y el concepto de la Medicina Integral*

Para preparar al estudiante en el mejor conocimiento del hombre y de la sociedad y para la comprensión de los factores psicológicos y sociales que influyen en la enfermedad, en la terapéutica y en la rehabilitación, se introdujo con carácter obligatorio la enseñanza de la Psicología y de la Sociología en el 1er. Año. Reciben así una base sólida para entender al hombre como una unidad biológica psíquica y social indivisible, para desarrollar una medicina más eficiente.

Se ha dispuesto con igual finalidad la integración parcial de las llamadas materias básicas, pre-clínicas, con la psicología, la psiquiatría y la medicina preventiva y social.

### *El conocimiento de la realidad nacional*

A través de todas las carreras profesionales de la Facultad se ha puesto particular énfasis en enfrentar tempranamente a los estudiantes a la rea-

lidad médico-social chilena, mediante asistencia a hospitales, consultorios y poblaciones marginales. La introducción precoz a la práctica clínica y a la medicina social enfrenta a los alumnos con la realidad médica del país y sus problemas socio-económicos y culturales y los motiva en relación a los problemas médicos de la comunidad.

En el primero y segundo años, los contactos clínicos tienen sólo el carácter de demostraciones o ilustraciones de problemas. En el tercer año, los alumnos comienzan a concurrir periódicamente a las salas de hospitales, continuando con visitas, encuestas epidemiológicas, dietéticas y económicas en poblaciones marginales de Santiago. En el 4º, 5º y 6º año concurren regularmente y con responsabilidad creciente al hospital. El séptimo año es el internado. Este último, en algunas Áreas Hospitalarias Docentes, comienza en el 6º Año.

### *El trabajo en equipo*

Uno de los requerimientos fundamentales de la formación del médico contemporáneo y del futuro es la comprensión y adaptación al trabajo en equipo. Con este objetivo, durante su práctica clínica, los estudiantes trabajan en equipo junto a las alumnas de Enfermería, Obstetricia, Nutrición, Tecnología Médica, etc. Es de esta modalidad de trabajo que la Facultad espera que surja en forma auténtica en los estudiantes el sentido de mutuo respeto entre las personas y el concepto de definición de responsabilidades de acuerdo a las capacitaciones de cada uno.

### *El sistema de enseñanza integrado básico-clínico*

La integración básico-clínica facilita al estudiante el conocimiento científico de la medicina y le ofrece posibilidades de profundizar en algunos temas y de adiestrarse en el manejo de metodología y técnicas de acuerdo a sus preferencias.

Los sistemas integrados son preferidos por los estudiantes ya que les dan una visión más clara del significado y las proyecciones de las materias que estudian. En las diversas áreas hospitalarias docentes se están realizando distintos esfuerzos por lograr integraciones. Los cambios tienden a la supresión de las asignaturas. Las diversas materias acerca de órganos o sistemas son tratadas al mismo tiempo, incluyendo su estructura, función, patología y clínica. El cambio total del sistema tradicional de enseñanza al sistema integrado es complejo y sólo se ha alcanzado parcialmente. En las Áreas Central y Occidente se ha establecido en el tercer año la enseñanza de la parte general de las asignaturas de Patología General y Fisiopatología, Epidemiología, Bacteriología, Parasitología y Farmacología y la parte especial se desarrolla integrada a los diversos cuadros clínicos junto con la Semiología, la Medicina Preventiva y Social, los aspectos psicosomáticos y de rehabilitación.

En las otras áreas hospitalarias docentes se sigue igual tendencia aún cuando se han logrado realizaciones menores.

### *La formación humanística.*

Dentro de los cambios importantes que se han introducido en todos los programas de estudio de las carreras de la salud está la incorporación en el primer año de materias de carácter cultural, que contribuyen a formar la personalidad del estudiante y a ubicarlo en las perspectivas humanísticas del arte, la ciencia y la filosofía. Se incluyen entre estas materias, con carácter electivo, cursos sobre la Historia de la Medicina, la Evolución del Pensamiento Científico, Teoría del Arte Contemporáneo y otras.

### *La flexibilidad del Curriculum*

La necesidad de formar en nuestro país un médico general y la tendencia de la Facultad a la enseñanza integrada no permiten una gran flexibilidad en el curriculum. Sin embargo, se ha reconocido la ventaja de dar libertad a los estudiantes para profundizar, de acuerdo a sus propios talentos e inclinaciones, determinadas disciplinas o capítulos. Por lo tanto se ha respetado un 15% a 20% del tiempo para actividades de libre elección, tiempo que podrán dedicar a las mismas materias del curriculum o a otras no obligatorias.

El tiempo de libre disposición permite a los alumnos incorporarse a los trabajos de investigación.

La flexibilidad del curriculum y las materias electivas tiene por finalidad ofrecer a los estudiantes la posibilidad de desarrollar al máximo sus mejores aptitudes. No todos los estudiantes que entran a la Facultad de Medicina son iguales y por tanto, no parece necesario ni justo, que todos egresen con los mismos conocimientos y experiencias. La Facultad ha establecido los requerimientos mínimos de la carrera y sobre ellos posibilidades máximas de formación individual.

El tiempo de libre disposición para materias electivas ha de favorecer además el hábito de autoformación, tan importante para el progreso ulterior del médico. Y es en este sentido que la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, dentro de las posibilidades que le permite los objetivos de formar un médico general, decidió introducir el tiempo de libre elección.

### *El entrenamiento práctico del estudiante*

El entrenamiento práctico de laboratorio en la Facultad de Medicina ha sido en el pasado de buen nivel y se mantiene. La nueva estructura en Departamentos que agrupa disciplinas afines, que anteriormente estaban separadas en cátedras, permite una mejor programación y evitar las repeticiones innecesarias, especialmente a través de las Secretarías Ejecutivas de Estudios para cada Carrera profesional. El hecho que más ha favorecido la buena enseñanza básica en nuestra Facultad ha sido el desarrollo de la investigación científica como parte inherente al trabajo académico en las asignaturas llamadas básicas, por parte de personal de dedicación exclusiva. Sobre ello, la Reforma ha actuado imprimiéndole un vigoroso impulso al favorecer el sistema de dedicación completa a la Universidad dentro del

Reglamento de Evaluación Académica recientemente aprobado por el Consejo y por el Consejo Universitario.

En lo que respecta a la práctica clínica de los estudiantes, ha existido desde antiguo una buena tradición.

En el curso inicial de Medicina en el Instituto Nacional en 1833, inaugurado por Blest, se contempla una pequeña práctica clínica para los estudiantes, la que aumenta progresivamente a través de la reforma de los planes de estudios médicos de los años 1845 y 1861, aún cuando predominaba en esa época grandemente la teoría sobre la práctica. Un cambio substancial en este sentido se introduce en la Reforma de 1868, en que se normaliza la práctica hospitalaria desde el 2º año hasta el 6º año de la carrera. Al año siguiente, hace aproximadamente un siglo, el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. José Joaquín Aguirre, plantea la conveniencia de establecer el internado médico, pero esto no se logra hasta 1894. Desde entonces, en la enseñanza de la medicina, cobra cada vez más importancia la práctica hospitalaria, pero, en la mayoría de las antiguas Cátedras y Servicios, como la única exigencia de práctica clínica de los estudiantes antes de graduarse. Es sólo recientemente que se ha incorporado a los estudiantes con responsabilidad en la atención supervisada de los Consultorios Distritales. Esta enseñanza alcanzó particular desarrollo antes de la Reforma en el Área Occidente de Santiago (Hospital San Juan de Dios) y con la Reforma se ha generalizado a todas las Áreas Hospitalarias Docentes.

Los postulados fundamentales de la Reforma de la Facultad de Medicina de contribuir a formar un profesional con pleno conocimiento de la realidad de salud del país y de su responsabilidad frente a ella ha llevado lógicamente a completar el plan de estudios con una práctica de internado rural:

### *El internado rural*

Un porcentaje importante de la población de Chile reside en sectores rurales y un 46.5% vive en poblaciones de menos de 5 000 habitantes. Por ello, nuestra Facultad consideró necesario introducir con la Reforma el programa de internado rural.

En algunas carreras de la Facultad antigua, como Obstetricia y Enfermería, ya en los años de 1967 y 1968 se habían introducido programas de prácticas rurales de dos meses de duración. Este programa se ha extendido ahora a los estudiantes de medicina y se proyecta ampliarlo a todos los estudiantes de la Facultad.

Los objetivos específicos de la práctica de internado rural son:

- a) dar a los estudiantes la oportunidad para comprender y valorar las características culturales de una comunidad rural;
- b) adquirir experiencia profesional en el medio rural;
- c) realizar una práctica simultánea de varias disciplinas fundamentales de la atención médica, con un enfoque integral;
- d) obtener una visión general y práctica de planeamiento y administración de la atención médica integral en una unidad ejecutiva simple;
- e) participar en las actividades del equipo de salud rural;
- f) integrar un equipo de salud formado por los estudiantes;

- g) contribuir al mejoramiento de la atención médica rural;
- h) contribuir a la aproximación de los Departamentos universitarios a la realidad rural;
- i) contribuir a la coordinación entre el Servicio Nacional de Salud y la Universidad de Chile.

Para hacer posible la ejecución de este programa en 1969, la Nueva Facultad impulsó a fines del año anterior, la constitución de una Comisión integrada por representantes de todas las carreras profesionales de la Facultad de Medicina y abordó la tarea de recoger información básica en las áreas rurales, de establecer contactos formales con el Servicio Nacional de Salud y de determinar los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el desarrollo del programa. Finalmente, elaboró el documento, con los propósitos, objetivos y factibilidad de este programa. Luego de visitar 17 Áreas rurales, comprendidas entre Vallenar, por el Norte y Santa Cruz por el Sur, se seleccionaron un total de 10 Áreas rurales, dos de las cuales tenían hospitales bases tipo B, 6 de tipo C y dos de tipo D. Para los fines del Internado Rural se consideraron ideales aquellas Áreas Rurales con hospitales de tipo C y D. No obstante y fundamentalmente por razones de posibilidad de alojamiento inmediato para el equipo de estudiantes en práctica, se debieron seleccionar dos hospitales de tipo B.

En el proyecto original de la Facultad, el equipo de internos estaba constituido por estudiantes de Medicina, Enfermería, Obstetricia, Tecnología Médica y Nutrición Dietética. Al concretarse el Convenio con el Servicio Nacional de Salud, el equipo quedó reducido a estudiantes de Medicina, Enfermería y Obstetricia por limitación de recursos financieros.

Es sumamente difícil resumir, sin dejar de mencionar hechos importantes, lo que ha sido hasta este momento el desarrollo de este programa. La cantidad y calidad de las actividades desarrolladas, supera largamente las expectativas más optimistas que se planteara la Facultad tanto a través de sus docentes como de sus estudiantes y, desde luego, a través de los profesionales de la salud de las Áreas rurales involucradas.

Entre las actividades desarrolladas en las diferentes comunidades se cuentan las siguientes: censos de población y vivienda; investigaciones de las condiciones económicas, sociales, educacionales y culturales; investigación clínico epidemiológico de algunos problemas de salud de mayor prevalencia e importancia; planificación, programación y puesta en marcha de nuevos programas asistenciales, tales como control del niño sano, diagnóstico y tratamiento precoz y rehabilitación del desnutrido; programa de salud escolar; control del embarazo, partos y puerperios normales; diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades maternas; planificación familiar; control de la tuberculosis; control de las enteroparasitosis, etc.

En Vallenar, por ejemplo, el grupo de internos ha tomado bajo su responsabilidad la atención médica de 4 Postas Rurales, ubicadas alrededor de 70 a 80 Kms. de esa ciudad. Por la distancia y la mala calidad de los caminos estos internos permanecen de lunes a jueves en estos sitios, alojados en las casas de los pobladores, lo que les ha permitido un conocimiento directo y profundo de incalculable valor y motivación sobre la realidad de estas comunidades.

En Vicuña, con anterioridad al programa, existía sólo una posta rural, hoy día existen 7. La creación y atención de esas 6 nuevas postas han sido el producto del trabajo de los internos.

En Coquimbo, área donde, por existir sólo un 20% de población rural, ha sido difícil el desarrollo de actividades que permitan cumplir los objetivos del Internado Rural, con la participación activa de los internos y los profesionales de esa zona, se planificó y se puso en ejecución un programa de atención médica integral en la Posta de Tierras Blancas, esta población sub-urbana de Coquimbo, ubicada a más o menos 13 Kms. de la ciudad y con una población estimada en 10,000 habitantes. Esta población carecía absolutamente de atención médica antes del programa. La participación de los internos no sólo fue decisiva para llevar atención médica al lugar sino que además y a través de contactos personales con la comunidad y sus organismos, así como con las autoridades de Gobierno, Municipales, de Salud y otros, posibilitaron la ampliación de un local existente, en malas condiciones, construyéndose una Sala nueva de espera, con dos boxes de atención pediátrica, los cuales asimismo fueron completamente habilitados por los internos, con los recursos proporcionados por la comunidad.

En Coinco, pueblo absolutamente rural, cercano a Rancagua, las actividades específicas a ser desarrolladas por los internos, fueron programadas por éstos, conjuntamente con los docentes del Departamento respectivo del Área Oriente y con los profesionales de Coinco. Se agregó al grupo una Asistencia Social contratada por el Servicio Nacional de Salud. Existiendo en el hospital algunos elementos como centrifuga, microscopios y otros, los internos realizaron los trámites administrativos a nivel de la Central de Abastecimiento del S.N.S. y del Hospital Salvador, logrando completar el equipamiento de un laboratorio clínico donde actualmente es posible realizar los siguientes exámenes: glucosuria, glicemia, albuminuria, cuerpos cetónicos, velocidad de eritro-sedimentación, baciloscopia, hemograma y clasificación de grupo sanguíneo, nada de lo cual anteriormente existía.

La supervisión de los internos, por parte de las Unidades Docentes de Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría y Salud Pública del Área Oriente, es uno de los hechos que es preciso destacar. Hasta este momento se ha realizado una supervisión semanal los días sábados, de 10 a 13 horas, lo que da lugar a una reunión clínica, a una visita conjunta, a la discusión de los problemas administrativos o técnicos, a la supervisión de normas técnicas, etc. Las visitas alternas y de docentes de todas las especialidades al lugar han significado una mejoría substancial en la atención quirúrgica y médica del hospital de Coinco. En la práctica, esta supervisión ha determinado una nueva forma de regionalización docente y asistencial, la cual ha sido posible gracias al apreciable apoyo de los hospitales del Área Oriente de Santiago al Área Rural de Coinco. Esta forma de regionalización va permitiendo a los docentes de la Facultad conocer una realidad total o parcialmente desconocida, la que sin duda se traducirá a su vez en una reorientación de los programas de enseñanza que tienen a su cargo.

En otros lugares, los internos han contribuido junto con los supervisores a equipar y habilitar pabellones quirúrgicos, salas de parto, laboratorios, etc. Los informes que nos llegan de esas zonas revelan que esta experiencia ha sobrepasado totalmente nuestras expectativas y las que cifraran en este proyecto los profesionales de la salud de las Áreas Rurales. Creemos que esto

constituye un documento de un valor extraordinario para los proyectos conjuntos del Servicio Nacional de Salud y la Nueva Facultad de Medicina. Se ha desarrollado en estos lugares una potencialidad extraordinaria en beneficio de las diversas comunidades.

En lo que respecta a la función docente, los resultados hasta este momento con altamente satisfactorios. Se han llenado plenamente los objetivos propuestos por este programa, los que han sido comprendidos y apoyados con entusiasmo por la mayor parte de los estudiantes, que han sabido captar su verdadero sentido, la necesidad de desarrollar un verdadero sistema de atención médica integral y la real importancia del trabajo en equipo, en que cada trabajador de la salud participa con iguales derechos y enfrenta las responsabilidades que le corresponden, de acuerdo con su capacidad específica. Los docentes y estudiantes, en esta experiencia, han podido captar el importante papel que ocupa la comunidad cuando es incorporada a la planificación en cualquier acción que tienda a elevar los niveles de salud y han aprendido igualmente la necesidad imperiosa de nuestro país de proyectar el trabajo clínico fuera del hospital.

El Internado Rural es la realización concreta de uno de los postulados de la Reforma Universitaria. Interpreta cabalmente el papel que la Facultad de Medicina debe asumir frente a la Comunidad.

#### *LA ENSEÑANZA DE POST-GRADO*

El rápido avance de la medicina, tanto en el aspecto científico como tecnológico, obliga a las Universidades a tomar en consideración la imposibilidad de entregar a los graduados el bagaje de conocimientos que se requiere en los diversos campos clínicos y, consecuentemente, a proporcionar los medios para una formación especializada de post-grado y para un proceso de perfeccionamiento al alcance de todos los profesionales de la salud durante el curso de su vida activa. Ello conduce al concepto de educación continua que deben satisfacer las Universidades de hoy.

En la enseñanza de post-grado se debe considerar por tanto, de una parte, la enorme complejidad de la medicina moderna que impone una tendencia creciente a la especialización y, de otra, el ritmo acelerado del progreso científico y técnico que obliga a las Universidades a velar por el perfeccionamiento continuo de los médicos generales y de los especialistas.

Tanto la política de formación de los profesionales de la salud como su perfeccionamiento deben fundamentarse en las necesidades de salud de la población y en el sistema y organizaciones encargadas de satisfacerlas.

El perfeccionamiento de los profesionales de la salud debe ser una responsabilidad compartida por las Universidades y los organismos de la salud y debe cubrir en forma constante a todos los integrantes del equipo de salud y a lo largo de todo el territorio nacional.

Una parte importante del éxito de un sistema de perfeccionamiento continuo lo constituye la calidad de la enseñanza de pre-grado que reciben los estudiantes: la formación científica, el sentido de responsabilidad social y el hábito de autoformación. Fuera de estos aspectos formativos esenciales, las Facultades deben contribuir a proveer un sistema que facilite el perfeccionamiento y el progreso ulterior de los profesionales.

A este efecto la vinculación de las Facultades de Medicina con los Servicios Médicos debe alcanzar no sólo a los hospitales en que se imparte enseñanza de pre-grado de las carreras de la salud sino cubrir de una manera estratégica todo el territorio nacional a través de un sistema adecuado de regionalización docente-asistencial. La regionalización constituye el vehículo natural de progreso de la Medicina Asistencial y en particular de los médicos generales.

### *Los Médicos Generales de Zona*

Para satisfacer las necesidades asistenciales de todo el territorio el Servicio Nacional de Salud de Chile estableció en 1955 la calidad de Médico General de Zona "cuyo desempeño implica la atención integral de los problemas de salud a la comunidad, mediante acciones de fomento, protección y recuperación de la salud. Debe, en consecuencia, para cumplir estas acciones, tener conocimientos fundamentales de Salud Pública y capacitación clínica en medicina general que le permita resolver problemas básicos de medicina interna, cirugía, traumatología, pediatría y obstetricia".

El médico general de zona es destinado a desempeñarse en la localidad que determina la Dirección General del Servicio Nacional de Salud, de acuerdo con los programas y necesidades de la zona de salud.

Se presta especial consideración a las condiciones de aislamiento o ruralidad de la localidad en que se desempeña el Médico General de Zona, procurando evitar su permanencia por más de tres años en un lugar aislado y propendiendo a que nuevas destinaciones se lleven a efecto en otras localidades que cuenten con más recursos técnicos.

No se contrata como Médico General de Zona a profesionales mayores de 40 años de edad o con más de 10 años de título profesional.

La contratación de los médicos generales de zona se hace por un plazo mínimo de tres años, el cual puede prorrogarse previo acuerdo con el interesado hasta 3 años.

El médico general de zona que cumple tres años de desempeño efectivo y satisfactorio en ese carácter tiene derecho a optar a una de las becas de especialización que anualmente aprueba la Dirección General de Salud de acuerdo a los programas de plaza y especialidades conservando la totalidad de las remuneraciones correspondientes a su contrato.

Durante el cumplimiento de la beca de especialización los alumnos profesionales están impedidos del ejercicio liberal de la profesión, teniendo derecho a percibir además, por este motivo, una asignación especial de estímulo.

### *La formación de especialistas*

Los planes de educación de post-grado deben ofrecer a todos los médicos y demás profesionales de la salud la posibilidad de acceso al perfeccionamiento o a la formación especializada.

En Chile, desde 1955, en forma progresiva, por disposiciones reglamentarias, la gran mayoría de la promoción de cada año es contratada por el Servicio Nacional de Salud bajo un convenio especial que contempla una

primera parte de trabajo en provincias por un tiempo mínimo de tres años como médicos generales de zona mediante el cual se adquiere el derecho de retornar en una segunda fase, por dos o tres años, a los grandes centros médicos universitarios para especialización o perfeccionamiento. El contrato termina por esta segunda etapa y los profesionales son libres de optar posteriormente a cualquier cargo por concurso, como es la modalidad establecida en el país. El reglamento del Servicio Nacional de Salud impide concursar en los grandes centros médicos antes de los 5 años de profesión. Es por tanto habitual que la carrera de post-grado se inicie con una práctica en provincias. Hacen excepción a cumplir esta práctica algunos egresados de cada promoción que ingresa por selección directamente a las Universidades.

Para su especialización los médicos que han cumplido la práctica en provincias, denominados becados de retorno, ingresan a una de las Unidades Docentes de la Facultad donde cursan un programa tutorial.

Existe una modalidad alternativa de formación de post-grado que comprende una primera fase de formación en una de las Áreas Hospitalarias Docentes de la Facultad por 2 ó 3 años con el compromiso de cumplir posteriormente un periodo similar en un lugar escogido a este procedimiento se denominan residentes becarios o becarios primarios. Esta modalidad de contrato surgió por la aguda necesidad de contar con ciertas regiones con algunos especialistas determinados. Ha sido común que los becarios primarios permanezcan en sus lugares de destino voluntariamente al término del convenio. Su aporte al desarrollo a los centros hospitalarios de provincias ha sido muy importante. Los becarios del Servicio Nacional de Salud dependen desde el punto de vista administrativo del Director del Hospital a que han sido destinados y desde un punto de vista docente de la Facultad de Medicina.

La política actual de la Facultad de Medicina y del Servicio Nacional de Salud de extender las labores docentes a lo largo del país descentralizando un nivel importante de la enseñanza de post-grado mediante la capacitación adecuada de los Hospitales de tipo A en algunas zonas estratégicas del territorio, ha señalado recientemente la ventaja de dar formación académica a todos los becarios, indistintamente, pertenezcan ellos al Servicio Nacional de Salud o la Universidad de Chile. Esta formación se dará incorporando los becarios primarios y de retorno al Plan de Formación de Académicos que anteriormente era reservado para los becarios universitarios. Los programas del plan se establecen de común acuerdo con las aspiraciones del candidato y las necesidades del servicio.

### *El Plan de Formación de Académicos*

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile comprende entre sus obligaciones esenciales, la formación de profesionales en el campo de la salud y la formación de académicos en el campo de las ciencias biológicas y de las ciencias médicas. La Facultad Reformada ha considerado que no será posible alcanzar los objetivos de la enseñanza médica que se propone si sus estudiantes no son formados dentro del nuevo espíritu de responsabilidad social y profesional que exige el momento histórico del país y el estado actual de desarrollo de las ciencias de la salud. Esta formación podrá ser

impartida solo si logra contar con los docentes adecuados. Con este objeto se elaboró un Plan de Formación de Académicos que lleva ya 3 años y que contempla en la formación de un docente, junto a su formación científica y técnica, el desarrollo de su capacidad pedagógica y la comprensión de su compromiso social en un país subdesarrollado.

La vinculación creciente que la Facultad tiene con el Servicio Nacional de Salud y la extensión de las labores docentes a los principales hospitales de provincias ha hecho incorporar indistintamente a este Plan a los becarios universitarios y a los becarios del Servicio Nacional de Salud tanto primarios como secundarios o de retorno que desean formarse como especialistas.

Los becarios universitarios que ingresan en el Plan tienen como destino satisfacer las necesidades académicas de la Facultad tanto en los departamentos básicos como en los departamentos clínicos o en el Departamento de Salud Pública. Los becarios clínicos son requeridos en las diversas Áreas Hospitalarias Docentes en que la Facultad imparte enseñanza y allí como se ha mencionado sus obligaciones serán tanto docentes como asistenciales.

La formación de los especialistas becados por el Servicio Nacional de Salud tienen comúnmente por destino hospitales de categoría A donde con frecuencia se imparte enseñanza de pre-grado y donde siempre existen actividades de post-grado. Por tanto, interesa que su formación también comprenda los aspectos académicos.

Los planes de formación de académicos comprenden una parte de estudios sistemáticos generales, común a todos ellos, que tiene por finalidad completar la formación humanística integral, proveer conocimientos de psicología y ciencias sociales, desarrollar la capacidad pedagógica y proporcionar un amplio conocimiento de la realidad médico social chilena; y una parte sistemática especial de estudios relacionados con las disciplinas específicas del becario que contribuya a darle sólido fundamento científico. Los programas son flexibles respetando los intereses de los becarios y cubren progresivamente su participación activa en la docencia, la investigación, la extensión y la labor asistencial.

La duración de los programas es de 3 años. Cada becario recibe un tutor que es el responsable directo de la realización del programa frente a la Comisión de Asuntos Académicos de la Facultad de Medicina.

Aún cuando en la confección de los programas la Facultad coordina sus mejores recursos existentes en las diversas áreas y en ocasiones con otras Facultades, el becario es destinado a un determinado Departamento, calificado especialmente para ello, donde debe desarrollar su trabajo de investigación y su labor asistencial. Antes de dar término a su beca debe elaborar una tesis y lograr ser aprobado.

El Plan de Formación de Académicos se abre por concurso anualmente a los médicos recién egresados de las escuelas de Medicina del país, a los profesionales recién egresados de otras facultades, a los médicos generales de zona, de retorno para su periodo de perfeccionamiento, y a los becarios primarios del Servicio Nacional de Salud. Durante el programa se contempla la posibilidad de una estada de perfeccionamiento en el extranjero, después del segundo año de beca.

## *Las Comisiones Mixtas de Graduados*

El plan de Salud del país debe ser el que provee los antecedentes para que los organismos interinstitucionales, comisiones mixtas del Servicio Nacional de Salud y las Facultades, definan las especialidades que se requieran y se establezcan los planes de formación.

Existen dos comisiones en que participan las Facultades de Medicina con el sector Salud, con diferente gravitación, compartiendo responsabilidades en la planificación y en la programación de la formación de los Graduados.

Son atribuciones de la Comisión de Graduados y Perfeccionamiento del Ministerio de Salud Pública en que participan dos representantes de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina:

- a) La determinación de los requerimientos de personal necesario para el cumplimiento del Plan Nacional de Salud;
- b) la definición de la política referente al número y tipo de especialistas que se precisen para satisfacer aquellos requerimientos y
- c) el financiamiento de los planes de formación.

Son atribuciones de la Comisión Mixta de Graduados, integrada por 5 miembros de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, 5 representantes del Servicio Nacional de Salud, 1 representante del Ministerio y 1 del Colegio Médico, señalar la distribución de becas de especialidades en los diversos centros docentes asistenciales del país, planificar las acciones destinadas al perfeccionamiento continuo de los profesionales y formular y supervisar el programa de regionalización docente utilizando como estructura básica el sistema de regionalización asistencial del Servicio Nacional de Salud y evaluar la aplicación y desarrollo del programa de regionalización docente-asistencial.

### *LA REGIONALIZACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL*

La Regionalización Docente Asistencial ha sido concebida como un sistema mediante el cual, en lo asistencial, los grandes centros hospitalarios y universitarios del país asumen la responsabilidad de resolver los problemas de interconsulta médica de un área determinada y que no alcanzan soluciones en los establecimientos menores existentes en el área; en lo docente, la responsabilidad de desarrollar programas de perfeccionamiento para todos los profesionales de esa misma área.

Las características geográficas de nuestro país, con una extensión de más de 4 300 kilómetros y un ancho que fluctúa entre 100 y 420 kilómetros, unida al desigual desarrollo de los centros médicos, ha determinado que, transitoriamente, se establezca una regionalización adicional de cada Área Hospitalaria Docente con una Zona de Salud alejada.

En esta etapa del desarrollo de la Medicina Nacional es de particular interés dotar progresivamente de recursos humanos y materiales al Hospital Base de la Zona de Salud de modo que en un futuro próximo cada uno de ellos pueda convertirse en el centro responsable de la regionalización lo-

cal. Para este propósito la Facultad y el Servicio coordinan una política de desarrollo que comprenda la provisión de recursos a esos hospitales, la creación de cargos para profesionales y el destino de los especialistas necesarios. En la etapa actual el Hospital Docente vinculado a un Hospital Regional participa con él en la programación de cursos, conferencias, charlas, mesas redondas, reuniones de discusión diagnóstica, visitas de especialistas y otras actividades de post-grado que contribuyen al perfeccionamiento de su personal y los convierten en un centro de atracción para los profesionales de la salud del área. El Hospital Regional tiene a su vez la responsabilidad de los planes y programas de perfeccionamiento a desarrollar en los centros menores de la provincia y asimismo le corresponde resolver la interconsulta de esos centros menores hasta el nivel de su capacidad.

El Sistema de Regionalización Docente Asistencial asegura que los jóvenes recién egresados y destinados a lugares alejados de los grandes centros médicos no permanezcan en estos lugares durante los 2 ó 3 años de sus contratos como Médicos Generales de Zona sólo con la esperanza de volver algún día a perfeccionarse en la capital sino que cuenten con un sistema que provea las actividades para su progreso también durante el tiempo de su permanencia en la provincia.

La visita a las zonas rurales o a los centros de atención médica alejados de las capitales de provincia pone en evidencia que las necesidades de nuestros médicos jóvenes en esas regiones son muy variadas y deben ser atendidas con cierto carácter particular en cada caso.

La Regionalización Docente Asistencial tiene el enorme mérito de constituir un vehículo de gran eficiencia para entregar a las Facultades de Medicina el conocimiento de la realidad médica en salud que enfrenta el Servicio Nacional de Salud y una forma operacional concreta para integrar los recursos de ambas instituciones en el perfeccionamiento continuo de los profesionales de la salud. La regionalización aporta a las Facultades una valiosa información para orientar el contenido y las prioridades de los programas de investigación y docencia en favor del progreso de la medicina chilena. El contenido de los programas docentes para graduados que se entrega a través de la Regionalización debe contemplar por parte de las Facultades de Medicina el pleno conocimiento del Plan de Salud y de las necesidades de las diversas regiones geográficas del país. Corresponde a las Universidades también contribuir con su espíritu crítico a la superación de los servicios médicos y de las acciones de la salud propiciando la incorporación de los avances científicos y tecnológicos que parezcan adecuados para aumentar los rendimientos. Desde un punto de vista práctico esta función debe ser llenada por la visita frecuente de personal calificado a las diversas zonas.

Para lograr mayor integración en las zonas regionalizadas es indispensable estrechar los vínculos de relaciones humanas entre los participantes dentro del nivel operacional del sistema. Uno de los mecanismos útiles para lograr esta finalidad es la beca de retorno a que tienen derecho los médicos generales de zona ya que ella se realiza de preferencia en el Hospital Docente regionalizado con la localidad en donde el médico estuvo destinado.

Igualmente contribuye a estrechar los vínculos humanos, asistenciales y docentes, el médico que, habiendo terminado una beca primaria de especialización en un Hospital Docente determinado, es destinado al Hospital Regional correspondiente.

Los múltiples aspectos aquí analizados sobre educación médica de pre y post-grado y sus relaciones con los organismos de Salud, señalan la necesidad de estudiar las condiciones que se dan en cada país para orientar la enseñanza y adecuarla a los sistemas institucionales responsables de la atención médica y sanitaria.

La única manera de romper con la dependencia extranjera en educación médica es constituir en nuestros propios países centros de investigación sobre esta materia.

Ellos deben contar con una participación adecuada de los organismos encargados de la salud de la población. De este modo, es a este nivel que se producirá la integración fundamental o básica de ambas instituciones. Ella surgirá del pleno conocimiento en sus integrantes de los problemas prioritarios de la salud en la población y del análisis crítico permanente del rendimiento de los planes y programas de enseñanza para formar los profesionales de salud requeridos.

Establecido un claro entendimiento sobre los objetivos de la enseñanza médica entre ambas instituciones, la integración deviene un asunto operacional secundario que puede encontrar diversas soluciones satisfactorias de acuerdo con las realidades de los distintos países. No obstante, a nuestro juicio en la sociedad contemporánea la manera de asegurar el rendimiento más eficiente de estas interrelaciones, a nuestro juicio, es la existencia de un Servicio Único de Salud que cubra, con un enfoque antropológico y sin distinción de clases, a toda la población en los aspectos curativos, preventivos y de rehabilitación.

### CONCLUSIONES

El desarrollo de la enseñanza dentro de los Servicios Médicos es actualmente una necesidad para la adecuada formación de los profesionales y personal auxiliar del equipo de salud.

Los servicios proveen los campos clínicos que son indispensables para el adiestramiento de los estudiantes y les entregan el conocimiento del régimen institucional dentro del cual les corresponderá desempeñarse.

La participación de los universitarios, docentes, alumnos, internos y becarios, en las actividades de los servicios médicos aporta un enfoque crítico sobre el sistema institucional que es conveniente y debe ser estimulado.

La íntima vinculación entre los servicios médicos y las Facultades de Medicina contribuye a entregar a éstas una visión de los problemas de salud del país. Sin embargo, esta visión puede ser muchas veces parcial o deformada en razón de que los servicios contengan factores de selección o discriminación en la prestación de atenciones.

La relación de mayor beneficio mutuo entre las Facultades de Medicina y los servicios de salud se da entre un Servicio Nacional Único de Salud que provea una atención médica integral, igualitaria, para toda la población, sin discriminación de clases, y una Facultad de Medicina democrática abierta a todos los estudiantes idóneos, sin otras limitaciones que las determinadas por los requerimientos del Plan de Salud del país. Estas condiciones sólo pueden lograrse genuinamente en una sociedad sin clases.

El acelerado ritmo de avance de la Medicina obliga al entendimiento armónico entre las Facultades de Medicina y los servicios médicos y a la integración de sus recursos humanos y materiales en una extensa área de relación y de actividades en la enseñanza de post-grado. Este campo, en el cual ambas instituciones deben actuar con un sentido de responsabilidad compartida, cubre tanto la definición y formación de los especialistas como el proceso de perfeccionamiento continuo que requieren hoy todos los profesionales de la salud.

El perfeccionamiento de los profesionales y el progreso de la práctica médica deben apoyarse mediante la creación de centros hospitalarios de buen nivel que cubran estratégicamente el territorio nacional y sirvan de base a un sistema de regionalización docente-asistencial.

La falta de integración entre los servicios médicos y las Facultades de Medicina impide a éstas últimas cumplir cabalmente su compromiso con la sociedad de nuestro tiempo.

COMENTARIO OFICIAL AL TEMA II

INTEGRACIÓN DE LA ENSEÑANZA CON LOS SERVICIOS MÉDICOS  
Y DE SALUD PÚBLICA. ESTUDIOS NACIONALES Y REGIONALES  
PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROPOSITO

Comentaristas Oficiales:

DR. ANDRÉS A. SANTAS\*

DR. RODRIGO GUTIÉRREZ SÁENZ\*\*

\* Rector de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

\*\* Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.



## COMENTARIO OFICIAL

DR. ANDRÉS A. SANTAS

El relato del Dr. Alfredo Jadresic se refiere exclusivamente a la situación pasada y presente observada en Chile y a los planes que se han propuesto o iniciado para adaptarla a los conceptos actuales sobre el tema. Excluye, por carecer de información oficial, lo ocurrido en otros países.

Comienza con una introducción histórica sobre el sistema de atención médica chileno, en la que describe los esfuerzos sucesivos que desde 1924 se han hecho para tratar de conseguir un servicio unificado de atención, objetivo aun no alcanzado. Continúa con un análisis crítico de la estructura y funcionamiento de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y las modificaciones iniciadas en 1968 con lo que en ese país se conoce como Reforma Universitaria. Describe luego las características de las llamadas Áreas Hospitalarias Docentes y a la experiencia que se va recogiendo con la paulatina creación de los Departamentos Integrados que comprenden una o varias disciplinas. Por último se refiere a los enfoques y características anteriores y actuales que tiene la enseñanza en el pre y post-grado.

De su exposición surge que:

a) Las tendencias que se observaron y se observan en Chile son similares a las de casi todos los países del mundo, pertenezcan o no al grupo de los llamados en desarrollo,

b) las modificaciones y cambios que a través del tiempo han ocurrido fueron consecuencia lógica de la evolución de los conceptos y necesidades que el país sintió como propias en cada una de sus circunstancias. Se introdujeron en la medida en que se hizo evidente que eran indispensables y de acuerdo con las posibilidades ambientales, humanas, materiales y técnicas que en un determinado momento se disponían,

c) los cambios se producen porque hay una experiencia previa, mundial y nacional, debidamente evaluada, y lo que ahora puede aparecer como inconveniente por anticuado, es seguro que constituyó un avance tan previsor y valiente como los que se introducen en la actualidad. La coyuntura social, económica, política y cultural es la que en gran parte determina la naturaleza, profundidad y rapidez del cambio. Pero éste debe tener una indudable raíz histórica y basarse en una realidad nacional, para que no sea efímero o inadecuado.

Hechas estas consideraciones primarias que surgen de la lectura del Relato, pasaremos a contestarlo siguiendo el ordenamiento del autor.

### *El sistema de atención médica*

Su evolución ha seguido en Chile la tendencia general: hospitales de beneficencia, servicios estatales, aparición de las primeras tentativas de seguros. Sin embargo, es de toda justicia destacar el papel de pionero que dicho país ha tenido en este campo.

Es recién después de la 2a. guerra mundial cuando en distintas naciones, se exterioriza fuertemente la demanda específica de mejores y más amplios servicios de salud. La creciente aspiración por un más elevado nivel de vida, orienta en forma decidida hacia sistemas de prestación que hagan posible una eficiente atención brindada a la totalidad del conjunto social, cualesquiera sean la situación económica y las posibilidades de pago de cada uno de sus integrantes.

Esa tendencia es reforzada por el papel que el estado moderno adquiere en la segunda mitad de este siglo. Se observa en casi todos los países, independientemente de su filosofía política y la forma de gobierno.

Constituyen la base de la Salud Pública actual:

- a) prestación de servicios en forma integral sin separaciones artificiales (aspectos preventivos y curativos).
- b) participación activa tanto de los agentes que prestan servicios como de la comunidad, no sólo en la determinación de objetivos y distribución de recursos, sino también en la ejecución y evaluación de actividades,
- c) concepción del sector salud como un sistema único sin vallas ni tabicamientos, y relacionado con los demás sectores del quehacer nacional.

La socialización de la medicina que tantas discusiones generó en el pasado, tiene ahora un sentido sociológico. Apunta más a lo social como visión comunitaria que a lo político, en la concepción de una medicina estatizada. Esto queda demostrado por el hecho de que las líneas programáticas señaladas por el Dr. Jadresic (pág. 35) como "la vía chilena hacia el socialismo en el campo de la salud" resultan prácticamente similares a las de casi todos los países cualquiera que sea su filosofía política. Son ellas:

- a) atención médica integral e igualitaria para todos los habitantes,
- b) participación de la comunidad,
- c) participación democrática de todos los funcionarios,
- d) planificación de las acciones,
- e) centralización normativa y descentralización ejecutiva,
- f) prioridad a la atención ambulatoria,
- g) coordinación e integración con las Facultades de Medicina en la docencia, la investigación y la asistencia,
- h) coordinación e intercambio con otros países, en especial de Latinoamérica.

Las diferencias surgen en la implementación, pues ésta debe seguir el paso de la realidad nacional. Es que si bien prevalece el concepto de sis-

tema unificado de prestación (nos parece más propio llamarle sistema unificado que servicio único), ello implica encontrar la forma de prestar la mejor asistencia a toda la población, evitando el peligro de que la ampliación de la cobertura no se haga en desmedro de la calidad.

Los problemas que se presentan para alcanzar este objetivo parecería que están en gran parte al margen de ideologías. Así lo demuestran los más recientes estudios comparativos sobre utilización de servicios efectuados entre países de organización y concepción política diferentes. Es que existen puntos clave que deben ser resueltos y que se dan por igual en todos los regímenes. Entre otros, la calidad de la atención, integración de servicios, utilización nacional de los recursos humanos y materiales, confusión entre medios y objetivos por parte de administradores burocráticos.

Parecería que uno de los obstáculos más serios está dado por la mentalidad de los profesionales integrantes del sector, que al no permitirles una visión global y nacional de la salud no sólo les impide convertirse en agentes del cambio sino que los torna, ilógicamente, en opositores al mismo. Esta mentalidad es en gran parte consecuencia de una formación que podríamos llamar "clásica" o mejor, no actualizada. Se comprende entonces la importancia fundamental que adquiere una educación adecuada a los conceptos vigentes. En el caso de los médicos el hecho tiene su máximo significado.

### *Estructura universitaria*

Este capítulo se inicia con una descripción crítica de la situación en la Universidad de Chile hasta 1968. Aunque se enumeran fallas conceptuales y metodológicas que resultan también válidas para otras Universidades latinoamericanas, lo cierto es que el juicio de valor allí emitido está lejos de poder ser generalizado.

Entre las fallas puede citarse "la ausencia de una clara política en la antigua Facultad de Medicina que estuviese enraizada en nuestros problemas nacionales". Descuento que esos problemas nacionales comprenden sólo aquellos aspectos médicos y no médicos vinculados al sector salud. El estudio de las soluciones en todos los campos son resorte de la Universidad como Institución central y de las Facultades o Departamentos que la integran. La delimitación de las áreas específicas correspondientes es indispensable. El carácter interdisciplinario de la formación universitaria exige una amplia y fluida comunicación entre los elementos constitutivos de la Institución. Pero no significa que todos deban encarar al mismo tiempo y con igual profundidad todos los problemas derivados del quehacer nacional.

La falta de enunciación de objetivos y "la desvinculación de la Facultad con los planteamientos fundamentales sobre la atención de salud", ha sido (y en muchos casos continuará siendo) una falla generalizada en todo el mundo a la que no escapa nuestra región. Como dijéramos hace un año al inaugurar la 3a. Conferencia Panamericana de Educación Médica "Hasta ahora ha existido la tendencia a copiar o cuanto más, a adaptar objetivos y métodos de instituciones líderes de otros países que por ser más desarrollados se proyectan con gran influencia sobre la mayoría de los nuestros. El saber y la experiencia ajenas no deben dejarse de lado, pero ello no

implica que tengan absoluta primacía en nuestras definiciones y actitudes. La posición axiomática de dependencia cultural no es admisible por razones éticas, ni tampoco lo es desde el punto de vista de la conveniencia material."

Cuando una escuela ignora el contexto académico, político, social y económico en que se encuentra, produce profesionales que inmediatamente después de graduados son foráneos en su propio país. De ahí a la frustración personal o a la emigración sólo hay un paso; de ese mal paso, en parte por lo menos, la propia escuela es responsable.

Esto significa nivelar hacia abajo ni menospreciar la excelencia, sino todo lo contrario. Únicamente cuando se conoce lo mejor se puede aspirar a ello condicionando una actitud de continuo perfeccionamiento. Pero la importancia de lo que debe y puede hacerse en un determinado medio y circunstancia, resulta indispensable para que el individuo sea útil y de entrada se sienta realizado. Esto, unido al conocimiento de lo superior y a una firme decisión, harán de él un poderoso agente de cambio y no un desarraigado, un crítico destructivo, un desertor de la causa nacional.

La desconexión entre Facultad y Sistema de Salud son el producto de un error y de una ausencia. El error era considerar a la Universidad como algo aislado de las demás instituciones del país, la ausencia era la del propio sistema de salud, tal como se lo entiende ahora. En la actualidad los conceptos han cambiado. Educación y salud comparten el privilegio de tener fines en sí mismas en función del individuo y de la comunidad. Pero también las 2 son medios: están en la base sobre la que se construye el desarrollo nacional. Con este enfoque resulta lógico e imprescindible la integración de los órganos efectores: el que forma el personal de salud y el que lo utiliza para elevar el bienestar de la comunidad.

Hasta aquí estamos de acuerdo con el Relator. Lo que nos llama la atención es que el concepto de Reforma universitaria tal como se lo aplica ahora en Chile, sea presentado como algo nuevo y se insinúen generalizaciones a todos nuestros ambientes respecto a la situación que allí preexistía. Aspectos como "la democratización del trabajo intelectual", "la contribución al desarrollo integral del país" y "la conciencia para promover los cambios necesarios para el progresivo desenvolvimiento de la sociedad", forman parte de los enumerados básicos del "manifiesto de los universitarios de Córdoba a los universitarios latinoamericanos" lanzado en 1918. En mayor o menor medida, a veces con interrupciones y limitaciones, esos conceptos han dominado en la organización universitaria de la mayoría de nuestros países en las últimas 5 décadas. No deja de ser curioso que ahora hayan sido redescubiertos en las naciones que se llaman desarrolladas y que son la base de los movimientos de sus docentes y estudiantes ocurridos en 1967 y 1968. Que también recién entonces el hecho se haya reproducido en Chile como reacción ante el autoritarismo y el aislamiento, no puede pues extrañarnos ya que según surge de las apreciaciones del Relator, dicho país era uno de las contadas excepciones dentro del conjunto de nuestros pueblos. La colaboración activa en el estudio y solución de problemas nacionales de la más diversa índole, la participación de docentes auxiliares y de alumnos en la toma de decisiones a nivel de Facultad y de Universidad, la elección de profesores por comisiones idóneas y su designación por los propios cuerpos colegiados de la Institución sin interferencias gubernamentales ni de

otra índole, son algunos de los muchos ejemplos conceptuales y metodológicos que podrían citarse vigentes desde antiguo en Latinoamérica.

Es que mucho se ha criticado a nuestras Universidades por su tendencia a preocuparse por problemas socio-económicos y político-culturales. Desde luego que ha habido y hay excesos, que como todo exceso perjudica aún a las causas más nobles. En cambio se nos daba como ejemplo a la quietud, orden y aislamiento del campus universitario separado del núcleo social, intelectual, afectiva y hasta físicamente. Esa Universidad aséptica pero también estéril, de la torre de marfil pero sin base firme, ha visto su estructura sacudida y resquebrajada por la realidad y el acontecer. Lo triste es que ello ha ocurrido sin haber sido previsto por los que tenían la responsabilidad de conducir, por estar ausentes de la circunstancia, por carencia de visión prospectiva, por falta de imaginación.

Por eso, así como por lo menos en la teoría, nadie discute de que la Medicina contemple los aspectos físicos y psíquicos, y es imperioso que también integre lo social. La Escuela de Medicina debe hacerlo comenzando por incluir el concepto como una parte fundamental de su estructura académica. De lo contrario caería en la incoherencia de negar en los hechos la propia definición de salud: máximo bienestar físico y social del individuo.

De esa manera la misma escuela cambiará en su ausencia y en su forma. Se reconocerá como constituida por una comunidad, no por sectores aislados, distantes cuando no contrapuestos. Admitirá que universitariamente hablando, masticar es sinónimo de agredir. Aceptará en su quehacer la participación activa de todos sus integrantes. Se sentirá como parte de su medio y comprometida con sus inquietudes y necesidades.

### *Áreas Hospitalarias Docentes*

El relato describe la primera etapa de implementación de un aprovechamiento ordenado y total para la docencia, del recurso humano anteriormente no vinculado a la Universidad y de la capacidad asistencial instalada. Esto resulta imprescindible no sólo para "democratizar y descentralizar la enseñanza" (mejor sería decir el aprendizaje) sino también para evitar sectores ociosos en un campo donde los elementos con que se cuenta son siempre insuficientes. La tentativa es encomiable y digna de destacarse pero conviene recordar que este movimiento tampoco es nuevo en muchos de nuestros países. Así por ejemplo, ya desde el comienzo del siglo los hospitales municipales primero y los nacionales, provinciales y privados comunitarios después, se incorporaron a la docencia de la Universidad de Buenos Aires. Por medio de convenios especiales la Facultad de Medicina designó los Jefes de diversos servicios, los que a su vez son reconocidos como tales por las autoridades de las jurisdicciones respectivas. En este momento están integrados en la docencia además del universitario, treinta hospitales ubicados en la zona de influencia, entre ellos el Militar y el Aeronáutico Centrales. Esto permite el funcionamiento de 34 Unidades Docentes Hospitalarias donde los estudiantes trabajan 4 horas diarias durante 9½ meses del año. Cada una de ellas es en realidad una verdadera escuela, ya que el alumno realiza en la institución que elige la totalidad del Ciclo Clínico que comprende los 3 últimos años del plan de estudios; se incluye en él la enseñanza de psico-

patología y psiquiatría. La de psicología general, sociología y antropología se imparte en el Ciclo Básico. El cuerpo docente está constituido por los profesionales que actúan en el hospital; está también a su cargo el proceso de evaluación del aprendizaje. Los profesores titulares sólo tienen sobre ellos funciones de coordinación y supervisión. Ciertamente es que gran parte de ese personal por propia decisión ha cursado o cursa la carrera docente, pero cuando así no ocurre la Universidad los designa Docentes Libres y con iguales atribuciones que los anteriores. Similar procedimiento ha comenzado a ensayarse desde 1968 en algunas disciplinas del Ciclo Clínico (Química Biológica, Anatomía Patológica, Psicología General).

La situación se da también en las otras 8 Facultades de Medicina de la Argentina, al punto que, de las 9 Escuelas que funcionan, sólo 3 (Buenos Aires, Córdoba y Rosario) cuentan con hospitales universitarios. En las 6 restantes (4 y 2 privadas), la enseñanza clínica se efectúa en hospitales que desde el punto de vista administrativo no dependen de ellas.

Si nos hemos referido a la situación en nuestro país y en especial a la de Buenos Aires, es porque la conocemos en detalle. Pero es sabido que en todo el continente se tiende a este tipo de integración. El ejemplo de la Universidad Autónoma de México entre otros es bien demostrativo. Son además numerosas las reuniones dedicadas especialmente al estudio e implementación de esa colaboración estrecha entre las Facultades de Medicina y la Seguridad Social. El Congreso realizado en Bogotá en 1970 constituyó una prueba de que lo que era un ferviente anhelo ha pasado ya a la etapa de realización. El proceso se desarrolla en mayor o menor grado en los distintos países, de acuerdo a las características propias de su organización política (federal o centralizada), el número de escuelas, la matrícula estudiantil, la oferta de establecimientos asistenciales equipados para la docencia.

Lo importante de lo señalado por el Dr. Jadresic es la toma de conciencia de lo imprescindible que significa una permanente preocupación de las facultades por los problemas de la salud nacional y de las autoridades sanitarias en participar activamente en el quehacer universitario en lo que a formación y máximo aprovechamiento del personal se ofrece. Como ya dijimos, los últimos años son ricos en reuniones que han demostrado el consenso de los líderes del sector de salud y de la educación médica, tanto en la visualización de los problemas como la búsqueda e implementación de soluciones. Resulta extremadamente útil el intercambio de experiencias tal como lo estamos haciendo hoy.

Sin duda, la asociación de la docencia con la prestación de servicios constituye la clave, tanto porque ata la docencia a la realidad, como porque descentraliza el aprendizaje. Es asimismo expresión de un concepto básico: el sistema de salud es único.

Pero conviene destacar que los cambios deben darse en todos los sectores y simultáneamente. No se cambiará la concepción con que los estudiantes se gradúan, si la enseñanza se efectúa en hospitales como los que predominan todavía, centrados en la enfermedad y encerrados en sus muros. A su vez la transformación de un hospital de ese tipo en el otro que forma parte de un sistema volcado a la comunidad y a la atención integral, dependen de un cambio profundo de la organización de la atención médica, asociado a un cambio en la mentalidad del médico. De ahí la importancia

de la interrelación Escuelas de Medicina-Servicios de Salud y de las experiencias en el trabajo integrado.

La bibliografía mundial y nuestra propia vivencia, nos permiten vislumbrar una serie de problemas que si bien el Dr. Jadresic no sistematiza algunos pueden deducirse de su exposición sobre los intentos que se están realizando en Chile. Así podríamos citar los de índole administrativa que surgen de la condición de docentes que deben asumir los profesionales de los Servicios de Salud y las reglamentaciones universitarias que muchas veces no lo posibilitan; la disponibilidad de tiempo para la docencia en tanto se mantienen sus funciones asistenciales; la necesidad de contar con áreas y docentes suficientes como para distribuir de manera adecuada todos los alumnos (sobre todo en Facultades con miles de estudiantes, como ocurre en Buenos Aires, Córdoba, La Plata y Rosario en Argentina); el despertar en los docentes la concepción clara de que la enseñanza constituye una responsabilidad prioritaria y no un "además"; la programación adecuada para que el alumno visualice la totalidad de la atención que deberá prestar, tanto la patología compleja y la más simple del ambulatorio, como la que surge de las actividades intramurales; la puesta en marcha de un sistema de evaluación del alumno y del docente, que tenga coherencia con el cambio que se persigue y basada en la supervisión constante y no en exámenes e inspecciones aisladas; el superar la contradicción que afecta en muchos casos a la medicina actual solicitada por un lado por una patología cuya atención requiere cada vez más conocimientos y técnicas, y por el otro, la convicción de que el hombre debe ser estudiado en su medio bio-psico-social con el cual su atención está en relación directa.

De los múltiples esfuerzos que se están realizando en Chile, es digna de destacar la idea de los convenios para la formación de Comisiones Mixtas Facultad-Servicio Nacional locales y regionales. Acotamos que la experiencia indica que no es suficiente el acuerdo de la cumbre y que la integración debe realizarse en el nivel operativo. Esto último no es fácil, dada la rutina y la multiplicidad de factores administrativos que se oponen. El eliminar la discriminación entre los integrantes de personal de ambas instituciones es algo realmente importante. No cabe duda de que si se ha conseguido el reconocimiento de servicios prestados en una como antecedente para la otra, se dio un paso significativo hacia la integración; desde luego de la simple lectura del convenio no surge la magnitud en que ésta fue alcanzada.

### *La enseñanza del pre-grado*

Estamos plenamente de acuerdo con los objetivos señalados por el Relator. Transcribo la parte fundamental de los mismos. "El objetivo primordial de la Facultad de Medicina es formar profesionales capaces de satisfacer las necesidades de salud del individuo y de la comunidad con un cabal conocimiento de la realidad nacional y la preparación científica y técnica adecuada para comprender y hacer progresar la medicina moderna. Junto con esto, la Facultad se propone formar médicos con un claro sentido de responsabilidad social, de modo que sean agentes efectivos de las transformaciones que nuestro país requiere para salir del estado de atraso económico y social, que caracteriza a nuestra América Latina. El médico debe

egresar con una clara comprensión del hombre como unidad biológica, psíquica y social y del concepto de la medicina integral, necesario para cubrir en la práctica médica los aspectos de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

“En la preparación de profesionales para el equipo de salud, las Facultades de Medicina deben considerar el régimen institucional de atención médica del país dentro del cual le corresponderá desempeñarse. Es de gran importancia infundir en estos profesionales una actitud de servicio a la colectividad, de responsabilidad frente al prójimo, de comprensión científica de la realidad nacional, de capacidad para resolver problemas de la comunidad y de coraje para impulsar los cambios necesarios”.

Nuestra identificación con esos principios es tan completa que idénticos conceptos fueron enunciados por nosotros en la Colación de Grados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en octubre de 1967.

El curriculum (no sólo el plan de estudios) debe conducir a la obtención del producto previamente determinado. De lo contrario habría incoherencia entre fines y medios.

El Dr. Jadresic hace luego una minuciosa descripción del que actualmente tiene la Universidad de Chile. Según nos informa va siendo paulatinamente implementado y con éxito. Lo consideramos un buen ejemplo de cómo cada Facultad debe, en forma continua reformular sus propios objetivos generales y específicos en función de un plan nacional. En la publicación final de la 3a. Conferencia Panamericana de Educación Médica (Buenos Aires, noviembre de 1970) figuran una serie de currícula de distintas instituciones de diversos países. Ninguno de ellos es igual porque diferentes son las motivaciones y realidades nacionales o regionales, las expectativas comunitarias y las posibilidades de cada Universidad.

Afortunadamente es así, porque de la comprobación de experiencia con respuestas distintas, cada Facultad podrá enriquecerse para elaborar el suyo. O los suyos. Porque no es imprescindible tampoco que exista uno solo dentro de una misma Institución. Así por ejemplo en la Universidad de Buenos Aires hemos iniciado una serie de experiencias pedagógicas en las que participan alumnos no seleccionados y en un número estadísticamente significativo, en las que se modifican aspectos curriculares con el fin de contar en nuestro propio medio con elementos de juicio comparativos que nos permitan evaluar la conducta actual y planificar la futura. En una de ellas un grupo de estudiantes cursa la totalidad de la carrera en un hospital (Instituto de Investigaciones Médicas), estando en contacto con los pacientes desde el primer día que la inician. En otras los alumnos realizan el Ciclo Clínico en una Institución mixta (estatal y privada, no universitaria) donde se practica la Medicina Integrada sobre la base de un sistema de preparación y cuyos beneficiarios pertenecen a todos los estratos sociales. En una 3a. experiencia, a cargo de docentes clínicos y de la Escuela de Salud Pública, estudiantes de los Ciclos Clínicos y Básicos actuando en parejas (200 en total) realizan actividades extramurales en el área de influencia del hospital donde cursan los del primero; quienes participan están eximidos de rendir las disciplinas Introducción a la Medicina Sanitaria y Demografía, ya que su aprendizaje se hace fundamentalmente en terreno. Se llevan a

cabo otras de índole diversa, pero su descripción no haría más que sumar ejemplos similares.

Insistimos en que lo importante es planear con lógica las actividades en función de objetivos; y recordar que todo proceso educacional exige tiempo y continuidad para poder ser evaluado correctamente. No tenemos dudas que experiencias como las del Relator y las citadas por nosotros se llevan a cabo en muchas de nuestras Facultades. Lo que necesitamos es comunicarnos con mayor amplitud y fluidez, para brindarnos mutuamente los resultados obtenidos.

Estamos de acuerdo con el Relator en la necesidad de enfatizar el enfoque antropológico de la Medicina y el concepto de Medicina Integral. Tan es así que 1967 en circunstancias en que ejercía el Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires se incorporó la enseñanza de Psicología Médica, Sociología y Antropología, la que se imparte en los Ciclos Básico y Clínico. Asimismo la Escuela de Salud Pública fue vinculada en forma directa al curriculum del pre-grado, encargándosele de extender verticalmente el concepto de Medicina Integral. Lo mismo ocurrió en las otras 8 Facultades de Medicina del país, algunas de las cuales habían adoptado posiciones similares desde 1958.

Pero destacamos que lo importante no es conseguir un contacto esporádico o paralelo del estudiante con estos tópicos. Resulta fundamental que toda la enseñanza esté impregnada de esa filosofía, pues de lo contrario no se la correlaciona con el resto ni se consigue un cambio de actitud duradero y generalizado. Por eso en las Escuelas de nuestro país, con el apoyo de la Asociación de Facultades de Medicina, se realizan constantemente seminarios, cursos, encuentros y reuniones en las que participan sanitaristas, psicólogos, sociólogos y educadores, junto con los docentes de las disciplinas básicas y clínicas. Procuramos así actuar no sólo sobre el alumno sino, y con especial énfasis, sobre los que tienen la responsabilidad de formarlos. Esta política está de acuerdo con lo que ya dijimos sobre la necesidad del cambio simultáneo en todos los niveles. Es un proceso apenas iniciado, que exige tiempo y esfuerzos continuados. Aplaudimos calurosamente la iniciativa de la Universidad de Chile de llevar estos conceptos a la práctica sistemática, comenzando por el sector estudiantil.

No haremos más que mencionar por conocido y ya puesto en marcha en Facultades Latinoamericanas, el concepto de lo imprescindible que resulta no sólo el conocimiento como señala el Dr. Jadresic, sino agregamos la vivencia de la realidad nacional. Y nos hemos referido a ese aspecto en un capítulo precedente.

Otro tanto puede decirse del trabajo en equipo. La incorporación en nuestra Facultad también en 1967 de la disciplina "Enfermería Médica (designación etimológicamente incorrecta pero cuyo significado es fácilmente comprendido) de cuya enseñanza y evaluación del aprendizaje se encarga la Escuela de Enfermería Universitaria, es un buen ejemplo de esa integración ya que los alumnos que cursan ambas carreras tienen los mismos docentes y realizan trabajos en común. Estamos también nosotros en el inicio de una actividad que consideramos trascendente y que procuramos ampliar con la colaboración de ingenieros, arquitectos, economistas, pedagogos, etc. Partimos de la base que con frecuencia ellos también son parte del equipo

de salud. En esos casos, contrariamente a lo que se supone, no es siempre ser líder. La dirección del grupo depende del área a la cual está abocado.

Sólo elogio merece la tentativa de integrar los ciclos básicos y clínicos. La principal motivación del que decide estudiar medicina, es la imagen que se ha formado del "hombre que cura". La Facultad se encargará de demostrarle que eso es sólo un aspecto de algo más amplio. Pero también debe evitar por todos los medios no destruir esa imagen sobre la que se basa una vocación. Falla en esto, cuando en los primeros años de la carrera únicamente pone al alumno en contacto con cadáveres, microscopios, perros, tubos de ensayo y cápsulas de Petri. Es en función del enfermo (somático, psíquico o social) que el estudiante que comienza, entenderá el porqué de las disciplinas básicas y la razón para ser introducidas en el curriculum. Este entendimiento surge espontáneo apenas se le mantiene con hechos su imagen primera.

La formación humanística del médico es necesaria. Pero no se puede imponer como obligación, el cursar determinadas asignaturas que muchos, por lo menos al comienzo considerarán ajenas a su quehacer y al margen de su vocación. Es excelente la idea de brindar oportunidades para lograrla. Pero ese respecto no hay mejor Escuela de Humanismo que la propia vivencia de la Medicina Integrada.

Al referirse a la flexibilidad del curriculum el Relator menciona exclusivamente que en la Universidad de Chile se ha dejado un 15 - 20% del tiempo que duran los estudios para que los alumnos realicen actividades de libre elección, las que pueden estar vinculadas o profundizar disciplinas ya cursadas o a otras de carácter vocacional. Consideramos que la flexibilidad puede ser aún mayor. Participamos del concepto de que el curriculum debe adaptarse al estudiante y no éste al curriculum. Por eso es preciso que sea ágil, casi individual. Afortunadamente cada alumno representa un desafío, desde el momento en que su capacidad, imaginación, disponibilidad de tiempo, adaptabilidad y motivación son diferentes a las de los demás. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, por ejemplo, el 50% de los estudiantes trabajan mientras cursan la carrera. No es posible exigirles a todos que hagan lo mismo en el mismo lapso y a igual ritmo. Destacamos que esa flexibilidad debe ir en contra de la rigidez estructural, pero de ninguna manera afectar la calidad del aprendizaje.

El entrenamiento práctico, tal como lo señala el Dr. Jadresic es fundamental. Para nosotros el alumno sólo aprende y aprehende lo que hace y vive. Lo demás, por lo general, entra en el conjunto de las cosas que se olvidan apenas lograda la promoción. La práctica personal en el ciclo básico y la incorporación con responsabilidades asistenciales en la actividad de un hospital integrado en el Clínico, son los caminos adecuados para conseguirlo.

La incorporación sistemática del internado al curriculum se debe sin duda a las características demográficas imperantes en Chile, donde la mayoría de la población es extraurbana. Según el Relator, el 46.5% de la misma vive en poblaciones con menos de 5 000 habitantes. En este caso se justifica la inclusión, aunque no se nos escapa que resulta escaso el periodo asignado de 5 semanas para los fines que se persiguen: contribuir a formar un profesional con pleno conocimiento de la realidad de salud del país y de su responsabilidad frente a ella.

Frente a la realidad chilena y a otras similares se explica la incorporación masiva del sistema. Pero en otros países, Uruguay y Argentina por ejemplo, no aparecerá tan imperiosa. Para nosotros es de una mayor significación la vivencia en los barrios obreros y en poblaciones marginales que han llevado las pautas campesinas a los centros urbanos. Esa ruralización de la ciudad debe ser conocida por el médico, en función de las necesidades y expectativas de sus componentes. En nuestro país el 75% de la población es urbana. La relación médico habitante alcanza a 1/550. Prácticamente no hay municipio sin médico y por lo menos ambulatorio o dispensario. Las redes vial y ferroviaria, las más extensas de América Latina, facilitan la comunicación y los traslados, y homogeiniza el tipo de demanda de atención. Son los propios médicos quienes sin una organización oficial refieren a los hospitales municipales o regionales los pacientes que escapan a sus posibilidades diagnósticas o terapéuticas por falta de medios locales, no por deficiencias formativas. Son numerosas las ciudades pequeñas que cuentan con esos medios aun los más sofisticados. Sólo en la región patagónica y en parte del noroeste se encuentran poblaciones menores (50-100 habitantes) separados por largas distancias. Más que un médico (cuantiosa inversión humana y económico-social) lo que se precisa allí es un agente sanitario y medios de comunicación idóneos (la radiotelefonía y el helicóptero por ejemplo) para la consulta y la referencia. Es decir que nuestra realidad nacional es distinta y a ella debe adecuarse la respuesta. La práctica sistemática de un internado rural no sería sino un ingrediente foráneo en nuestro medio. Son las características propias del complejo social las que imponen los procedimientos a seguir. Pero lo que sí resulta importante, cualquiera sea la situación del país, es que el alumno de acuerdo con el concepto de Medicina Integrada, realice actividades extramurales. El contacto con la realidad extrahospitalaria aumenta sus experiencias, acrecienta su sentido de responsabilidad, estimula su imaginación, favorece la toma de decisiones personales y mantiene vivo el espíritu de lucha y aventura. Es decir, lo ayuda a hacerse hombre profesionalmente hablando, a verse realizado aun antes de graduarse, a sentir profundamente y como dignas de ser solucionadas las necesidades individuales y sociales.

### *La enseñanza de post-gradó*

El Relator sostiene que "es imposible para la Universidad entregar a los graduados el bagaje de conocimientos que se requiere en los distintos campos clínicos". Por lo tanto, "debe proporcionar los medios para una formación especializada de post-gradó y para un proceso de perfeccionamiento al alcance de todos los profesionales de salud durante el curso de su vida activa". Más adelante agrega que "una parte importante del éxito de un sistema de perfeccionamiento continuo lo constituye la calidad de la enseñanza de pre-gradó; la formación científica, el sentido de la responsabilidad social y el hábito de autoformación".

Es sobre el "hábito de autoformación" que queremos hacer especial referencia. La formación universitaria implica básicamente el desarrollo de actitudes, aptitudes y destrezas: la que necesita ser impulsada antes de la graduación, es la capacidad del individuo para razonar y decidir adecua-

damente, de generalizar sobre la base de conocimientos particulares adquiridos (no "entregados" como dice el autor) y experiencias vividas. El ejercicio constante de esa función le hará comprender que en la Medicina contemporánea es difícil permanecer estático y vivir el hoy. Sin mayores esfuerzos aceptará la imperiosa necesidad de actualizarse y perfeccionarse para desempeñar con dignidad su misión de médico-ético, científico y socialmente responsable. La educación continua se inicia pues en el pre-grado, donde debe generarse la actitud favorable a buscar más que a encontrar, las oportunidades de satisfacer lo que se considera una absoluta necesidad. Sin que esto implique menospreciar otros aspectos, nos parece que éste es básico y fundamental.

Señala el Dr. Jadresic que "el perfeccionamiento debe ser una responsabilidad compartida por las Universidades y los organismos de salud". Estamos de acuerdo, siempre que esa acción no margine sino que integre otras entidades o instituciones que por derecho propio o voluntariamente deban o deseen participar. Entre ellas se encuentran las sociedades científicas a las que les corresponde un papel importante no sólo en la promoción del perfeccionamiento sino también en la ejecución de programas. Otro tanto puede decirse de las asociaciones y colegios profesionales. En nuestro país hemos visto con gran satisfacción el interés por participar demostrado por empresas estatales y privadas. Como ejemplo cito a Yacimientos Petrolíferos Fiscales. Esta compañía estatal pero que goza de autonomía, es una de las 60 corporaciones más importantes del mundo. Cuenta con hospitales para sus funcionarios y obreros, pero abiertos a la comunidad, en todos los yacimientos y destilerías, repartidas a lo largo y ancho del país.

Al comienzo de 1971 firmó un convenio con la Universidad de Buenos Aires, para que el cuerpo docente del Hospital Escuela José de San Martín (ex-Hospital de Clínicas) se encargue de la educación continua no tan solo de los médicos de la empresa sino de todos los que actúan en el área de influencia de sus establecimientos asistenciales. Cada uno de éstos recibe 3 veces por mes a grupos integrados, que por 3 días actúan con ellos desarrollando acciones de salud al mismo tiempo que cursillos y seminarios. Los temas que se tratan en éstos son sugeridos por los propios profesionales y sus asociaciones. La empresa no sólo sufraga los gastos de viaje y estadía, sino que además abona el equivalente US\$ 200 a cada profesional por cada actuación. Es un ejemplo digno de destacarse y que por suerte va siendo imitado por otras empresas, aun privadas, que sienten su responsabilidad social.

Es que la educación continua dura toda la vida y debe alcanzar a todos los integrantes del equipo de salud, cualquiera sea el lugar donde se desempeñen. Para el logro de este ideal, todavía no alcanzado, se precisa la suma de muchos esfuerzos debidamente orientados y organizados. Ningún componente de la sociedad está excluido del proceso, empezando por el propio individuo hacia el cual van dirigidas las acciones.

En cuanto a la metodología que se está implementando en Chile parece apta para su realidad y Organización Sanitaria. Esta última no surgió ahora, de improviso; preexistía. Se la ha actualizado y aprovechado para llevar a cabo un plan coherente. Con mayor o menor proporción, situación similar se da en los otros países, en lo que se refiere a la existencia de un sistema propio de la salud. De ahí que la solución instrumental pueda variar de

acuerdo con él, las características nacionales, el grado de desarrollo cultural y los objetivos que se persigan.

Así en Argentina la tendencia actual es que el recién graduado no inicie su práctica sin haber seguido previamente una residencia. Se ha preferido poner énfasis en su desarrollo con el objeto de completar una formación ética, técnica, científica y docente que las Facultades no alcanzan a conseguir durante el curso de los estudios de pre-grado por lo menos en la profundidad que nuestro medio exige. Iniciada en 1957 con 12 plazas (tuve el privilegio de participar con el Profesor Doctor Mario M. Brea en su implantación), cuenta ahora con más de 1200, número elevado pero que todavía no alcanza a cubrir todas las expectativas y necesidades. El sistema en definitiva ha sido impuesto por los propios recién graduados quienes lo reclaman ya como un derecho. Es que este método educacional basado en un procedimiento sustancial, con responsabilidades progresivas independientes, brinda un producto equipado para la realización individual inmediata y el ejercicio profesional eficiente. Durante el periodo de residencia y en forma permanente se les instruye sobre el papel que les corresponde como agentes del cambio para modificar desde abajo las estructuras mentales y organizativas que prevalecen en los médicos autoformados y en los hospitales no integrados. A los 14 años de su comienzo la residencia ha demostrado en nuestro medio ser el camino más apto para elevar el nivel de actuación médica en todo el país. Los numerosos ex-residentes que actúan fuera de los grandes centros urbanos (y aun en ellos) ya han conseguido mejoras sustanciales en la prestación de servicios, en la filosofía de la organización y en la incorporación de hospitales de menor jerarquía al proceso de la docencia y la investigación. En gran parte a ellos se deben las expectativas y demandas crecientes de educación médica continua. Como en muchos ambientes ya han tomado la responsabilidad de la conducción, el porvenir es de lo más promisorio, sobre todo en lo que respecta a integrar la Universidad con el sistema de salud.

Consideramos como muy importante la formación del recién graduado. Es una etapa de la vida profesional especialmente apta para completar la personalidad del médico con el enfoque de una carrera interdisciplinaria integrada y amplio sentido nacional y social. Si esto no se ha aprehendido en el pre-grado y consolidado en el periodo que inmediatamente le sigue, será muy difícil conseguir que más tarde se produzca el cambio de actitud. El porvenir es de los jóvenes, pero de los académica, humanística y socialmente bien formados, de los que han incorporado a su ser como cosa propia, todo lo que hemos venido diciendo sobre lo que es y significa la medicina contemporánea.

Volviendo a la experiencia chilena, queremos destacar con énfasis la importancia que tiene el haber elaborado un plan adecuado de aplicación integral. La creación de las Comisiones Mixtas y la regionalización docente asistencial son claros ejemplos de lo que puede hacerse para obtener un máximo aprovechamiento de los recursos existentes. Nos parece que esto tiene un gran significado y que, desde el punto de vista conceptual constituye un aporte interesante y novedoso.

En el relato no se menciona el papel asignado a los medios de difusión de masas que tanto han cambiado nuestras posibilidades de comunicación. Siempre que su uso sea bien planificado y no signifique enfatizar

de nuevo la importancia de la clase magistral sin diálogo, resultan idóneos para despertar interés y brindar información. Con una adecuada metodología que incluya el proceso de realimentación del docente y de supervisión directa del educando, pueden contribuir y mucho a la propia formación. Es lógico suponer que cada vez ocupen un lugar destacado en el campo de la educación continuada.

### CONCLUSIONES

Las conclusiones a que llega el Dr. Jadresic pueden ser suscriptas por todos, excepción hecha de alguna consideración ideológica, muy personal del autor, pero que constituye una acotación menor. Son lógicas, actuales, surgen de lo dicho y sostenido en el Relato, y de la experiencia de cada uno de nosotros. Es que esta área de la integración de la educación médica con los servicios de salud, no cabe en la actualidad otra postura. O aunamos los esfuerzos para conseguir un objetivo que es común o se fracasa en ambos campos al pretender separar y aislar conceptual y ejecutivamente algo que por definición integra un todo.

Señores: Ha sido un honor, un privilegio, y un placer el que hemos tenido al comentar el Relato del Dr. Jadresic, honor, por lo que implica para nosotros el haber sido designado para hacerlo por parte de una Asociación de la jerarquía de la Unión de Universidades de América Latina.

Privilegio porque nos permitió exponer, en función de lo dicho por el autor, algunas de nuestras ideas y experiencias en un campo de tanto significado.

Placer porque es siempre estimulante y agradable el diálogo con un amigo como el Dr. Jadresic, cuya serena juventud mental y entusiasmo contagioso, hace que dejemos de lado lógicas diferencias de opinión menores, para entrar de lleno en el terreno de las más amplias coincidencias.

A la Unión de Universidades de América Latina, al Dr. Jadresic y a todos ustedes, muchísimas gracias.

## COMENTARIO OFICIAL

RODRIGO GUTIERREZ SAENZ

### *Introducción*

El trabajo preparado por el Dr. Alfredo Jadresic para la VII Conferencia de Escuela de Medicina de América Latina de la Unión de Universidades de América Latina, titulado "LA INTEGRACIÓN DE LA ENSEÑANZA CON LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD PÚBLICA. ESTUDIOS NACIONALES Y REGIONALES PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROPOSITO" constituye un documento de gran interés para los educadores médicos latinoamericanos, no solamente por la narración y el análisis que hace del desenvolvimiento de la enseñanza de la medicina en Chile, paralelo al desarrollo de las instituciones hospitalarias y el Servicio Nacional de Salud de ese país, sino especialmente porque el planteamiento del tema y la solución final a los problemas de salud señalados siguen una clara línea socialista y deja como alternativa el interrogante de si los problemas médicoasistenciales de los países latinoamericanos tiene solución dentro de la sociedad tradicional o, si por el contrario, dar salud a toda la población sólo puede hacerse en el modelo revolucionario y en el socialista.

El trabajo del Dr. Alfredo Jadresic en 104 páginas, está dividido en 13 partes en perfecta secuencia donde se lleva un análisis cronológico del desarrollo de la enseñanza de la medicina en Chile, al tiempo que se hace la interpretación histórica del origen de las instituciones contemporáneas de la medicina chilena. Los capítulos son los siguientes: Introducción, Antecedentes históricos; El Servicio Nacional de Salud; La Política de Salud del Gobierno Socialista del Presidente Allende; la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; la Reforma Universitaria (orígenes y consecuencias); Nuevo convenio entre la Facultad de Medicina y el Servicio Nacional de Salud; las áreas hospitalarias docentes, los Departamentos y Unidades Docentes; la enseñanza médica de pre-grado; la enseñanza de post-grado; y, la Regionalización Docente Asistencial; conclusiones.

En este documento, ante la imposibilidad de agotar el tema y comentar por lo menos los más interesantes planteamientos del Dr. Jadresic, nos limitaremos a intentar un corto análisis de cuatro tópicos que por la íntima relación que tienen con una situación bastante generalizada en toda la América Latina, debe ser discutida desapasionadamente. Nos referiremos espe-

cialmente a los temas: a) El Servicio Nacional de Salud; b) La Facultad de Medicina y la Reforma de la Universidad en Chile; c) La enseñanza pre y post-grado, y d) La Política de Salud del Gobierno Socialista del Presidente Allende.

a) *El Servicio Nacional de Salud en Chile*

Desde la fundación del mismo en 1952, todas las naciones latinoamericanas han intentado en diferentes oportunidades y con las mismas razones aducidas para la realización del experimento chileno, la integración de los organismos que dispensan salud en un servicio nacional único. La razón fundamental de esta actitud estriba en que el origen de la asistencia médica en todos los países fue muy semejante y ha seguido, por razones históricas, su desarrollo similar hasta 1952, cuando Chile hizo posible la fundación del Servicio Nacional de Salud. Desde entonces, los chilenos, desde sus posiciones de expertos en varios organismos internacionales y desde su propio país han realizado un importante esfuerzo por "exportar" su experiencia al resto de los países hispanoamericanos, donde desde luego, dadas las circunstancias se ha intentado la unificación de sistemas. En efecto, esa intención se ha visto claramente perfilada a la abundante literatura publicada por la Oficina Sanitaria Panamericana señalando la ausencia de coordinación e integración de servicios de asistencia médica como el principal impedimento para mejorar nacionalmente la calidad y la cobertura de la misma; en los numerosos seminarios dirigidos a coordinar la acción del Estado con los Institutos de Seguros Sociales en el campo preventivo y médico asistencial; en el esfuerzo realizado por la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina, para establecer las bases de coordinación entre la Universidad y los organismos gubernamentales, autónomos, semiautónomos y privados que dispensan salud, para racionalizar el uso de los recursos económicos y físicos y preparar el personal médico profesional y técnico que esas instituciones necesitan; finalmente, que muchas Facultades de Medicina han convertido como tesis fundamental de lucha, especialmente en la última década de profundo debate ideológico, la realización de un servicio nacional único de salud.

Los intereses institucionales, de grupo, gremiales, políticos y económicos han hecho imposible, hasta el presente, repetir el modelo chileno en otra nación, a pesar de que ya se ha reconocido, a nivel oficial en la mayoría de los países, su conveniencia.

Por esa razón fundamental, el trabajo del Dr. Jadresic, en el capítulo correspondiente, tiene un enorme interés para nosotros ya que, según su propia opinión, 19 años después de fundado el Servicio Nacional de Chile, aún existen las siguientes imperfecciones:

1. Sólo da servicio a un sector cercano al 70% de la población. (Uno de los argumentos básicos para el establecimiento del Servicio Nacional de Salud ha sido dar atención a toda la población.)
2. Existe un déficit importante de profesionales de la salud y personal auxiliar adiestrado (5 500 médicos para 9 780 000 habitantes).

3. Los beneficiarios atendidos por el Servicio Nacional de Salud reciben diferentes tipos de asistencia médica, produciéndose en un mismo hospital diferentes tipos de privilegios para los pacientes según su clase social.
4. A pesar de que la Facultad de Medicina estaba representada en el Consejo del Servicio Nacional de Salud se mantuvo una "desvinculación de la antigua Facultad de los planteamientos fundamentales sobre la atención de la Salud que afloraban en la doctrina del Servicio Nacional de Salud".
5. "La ausencia de una política en la Facultad de Medicina que estuviera enraizada en los problemas sociales nacionales... unida al perfeccionamiento muy frecuente de los docentes de la Facultad en los países europeos y en los Estados Unidos... (llevó a la Facultad a) un buen nivel científico y académico pero desvinculado de la problemática de salud del país".

Se llama la atención en cuanto a que el modelo recomendado, con demasiado entusiasmo por casi dos décadas, para los países latinoamericanos no alcanzó con plenitud sus propios objetivos.

#### b) *La Facultad de Medicina y la Reforma Universitaria en Chile*

No hay lugar a dudas de que la Facultad de Medicina y la Universidad chilena tenían las mismas características que tiene la mayoría de las Universidades Latinoamericanas. La estructura administrativa y el régimen académico así como los objetivos de la enseñanza descritos para la Universidad de Chile, antes de la reforma, son iguales en todos los países:

- 1). Gran concentración de poder en las autoridades unipersonales (decanos, directores de departamento y cátedra);
- 2). Un sistema de carrera docente inflexible, que no estimula la competencia intelectual;
- 3). Escasa o nula participación de profesores, auxiliares, ayudantes de docencia y del estudiantado, en todos los niveles de toma de decisiones;
- 4). Antagonismo entre los objetivos de la medicina funcionaria y los intereses del profesorado dedicado en buena parte de su tiempo a la práctica privada de la medicina;
- 5). Enseñanza de la medicina intramuros, con buen nivel técnico y científico y una práctica médica rural simplificada al máximo por limitaciones de equipo, arsenal terapéutico y facilidades físicas;
- 6). Una concepción de la Universidad para el sistema, centro de la élite intelectual, instrumento de promoción social individual, fuertemente influenciada por la Universidad norteamericana y europea;
- 7). Enseñanza gratuita o de muy bajo costo, donde sólo podrían ingresar los jóvenes de la clase media y alta, ya que los de la clase obrera y campesina y la marginada difícilmente terminan su educación primaria;
- 8). Universidad regida "por normas y estructuras concebidas bajo la concepción del cultivo del saber por el saber o por una orientación profesionalizante".

Igualmente como ha sucedido en Chile, los grupos universitarios revolucionarios han planteado ante la Conciencia Nacional, en todos los países una interrogante de si la Universidad tradicional —con su historia, sus defectos y virtudes— es un factor que facilita el cambio o si al contrario, más bien es un factor que estabiliza el statu-quo, ya que la mayoría de los graduados universitarios son absorbidos por las estructuras econó-

mico-políticas y con su aporte intelectual y científico los regímenes imperantes y el desarrollo económico capitalista continúan su marcha.

c) *La enseñanza pre-grado y post-grado en la Facultad de Medicina de Chile*

“El objetivo primordial de la Facultad de Medicina...”, afirma el Dr. Jadresic en su documento, “es formar profesionales capaces de satisfacer las necesidades del individuo y de la comunidad con un cabal conocimiento de la realidad nacional y la preparación científica y técnica adecuada para comprender y hacer progresar la medicina moderna. Junto con esto, la Facultad se propone formar médicos con un claro sentido de responsabilidad social, de modo que sean agentes efectivos de las transformaciones que nuestro país requiere para salir del estado de atraso económico y social, que caracteriza a nuestra América Latina. El médico debe egresar con una clara comprensión del hombre como unidad biológica, psíquica y social y del concepto de la medicina integral, necesario para cubrir en la práctica médica los aspectos de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud”.

Difícilmente podríamos señalar una Facultad de Medicina de América Latina que no tenga ya en su Estatuto Fundamental los conceptos de la declaración anterior. La misma, con ligeras modificaciones de forma, son recomendaciones de varios Seminarios de Educación Médica y de Congresos, Juntas, Comités, Grupos de Estudios y reuniones de “alto nivel” reunidas con el propósito de fijar los objetivos de la enseñanza de la medicina. Desde luego, con excepciones muy notorias, tales como conceptos defendidos con calor por todos, rara vez se plasman en un programa de estudios y mucho menos, son respaldados por una actitud acorde con ellos, por parte del cuerpo docente y de las autoridades de las Facultades de Medicina y de las Universidades en general.

El currículum del pre-grado analizado por el Dr. Jadresic en su documento es muy similar a la experiencia de Guatemala y de Honduras. Bastante semejante, con pequeñas modificaciones al de El Salvador que ha reformado su currículum en el mismo sentido. Varias experiencias similares pueden mencionarse en otras universidades del Continente.

En la estrategia que recomienda el Dr. Jadresic para la formación de personal especializado hay un concepto que merece ser subrayado por cuanto apenas si constituye una inquietud en algunos países. Nos referimos a la creación de “un sistema adecuado de regionalización docente-asistencial, y en particular de los médicos generales”. Se refiere a la necesidad de crear los medios a nivel regional, no solamente para la formación de personal especializado directamente en los hospitales regionales (dotándolos de lo necesario para cumplir esa función), sino, fundamentalmente, para mantener en forma permanente los programas de seguimiento educacional, o de educación continuada, para los médicos generales de las zonas rurales. Una característica muy propia del nuevo sistema chileno la constituye la participación, a través de Comisiones Mixtas y Juntas, de funcionarios administrativos, estudiantes, profesores y egresados, en todos los niveles, para la

formulación de políticas para la Universidad y para normar las relaciones entre la Facultad de Medicina y las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.

d) *La Política de Salud del Gobierno Socialista del Presidente Allende*

"Dentro del contexto general de la vía chilena hacia el socialismo las líneas programáticas de la Política de Salud del Gobierno que preside el Dr. Allende son:

1. Atención médica integral e igualitaria para todos los habitantes (dispensada a través de un *Servicio Único de Salud* que asimila a todos los organismos médico-sociales que aún se administran independientemente del Servicio Nacional de Salud).
2. Participación de la comunidad.
3. Participación democrática de todos los funcionarios del Servicio.
4. Planificación de las acciones.
5. Centralización normativa y descentralización ejecutiva.
6. Prioridad a la atención ambulatoria.
7. Coordinación e Integración con las Facultades de Medicina y el Servicio Único de Salud en la docencia, la investigación y la asistencia.
8. Coordinación e intercambio con otros países, en especial de Latinoamérica.

El Gobierno Socialista de Chile plantea pues como principal objetivo de la política de salud la "*creación del Servicio Único de Salud* como instrumento básico para dar atención médica integral, preventiva, curativa y de rehabilitación de la más alta calidad científica y técnica a toda la población... gratuita e impregnada del humanismo socialista".

Al hacer este planteamiento, reconoce el Dr. Jadresic que el actual Sistema Nacional de Salud no solamente no ha alcanzado los objetivos iniciales totalmente sino que el Sistema se ha convertido en una estructura no democrática, que dispensa una "salud de clases como responde a una sociedad dividida en clases. Y, más aún, considera que el Sistema Nacional de Salud mantiene una filosofía diferente a la que el Dr. Jadresic concibe como ética, ya que al referirse a la orientación filosófica de la medicina que propone el Gobierno Socialista de Chile, la define como "una doctrina de salud... concebida como un proceso dialéctico, biológico y social, producto de la integración del individuo y el medio ambiente, influido por las relaciones de producción en una sociedad dada y que se expresa en niveles de bienestar y eficiencia física, mental y social..."

El anterior concepto es enteramente opuesto a la filosofía general de la atención médica en las sociedades capitalistas. Pero en estas últimas, la organización de servicios médicos se ha concebido dentro de un concepto de desarrollismo económico y por lo tanto, se tiene una clara idea de cómo, cuándo y cuánto debe invertirse, en términos de capital, en el mejoramiento de la salud colectiva. El Seguro Social para el trabajador no es otra cosa que una inversión en proteger la salud y el bienestar social de la clase productora. Por ello, los Institutos de Seguridad Social no pueden asumir el riesgo de arrastrar los costos de la atención médica del desposeído y de

allí su posición firme, que se convierte en obstáculo, cuando se intenta integrar los Institutos de Seguridad Social en un Servicio Nacional de Salud. Así mismo se entienden muchas de las disposiciones reglamentarias, como aquellas de que los Institutos de Seguros Sociales sólo dan atención médica mientras el trabajador sea productivo (un mes después de la pérdida del empleo, el trabajador es sacado del sistema hasta que vuelva a emplearse; en casos de enfermedades crónicas que incapacitan para el trabajo, la asistencia médica se dispensa sólo por seis meses después de haberse producido la incapacidad; cuando hay muerte del trabajador, la viuda e hijos no reciben asistencia médica; en varios países, el trabajador en disfrute de una pensión no recibe atención médica, etc.). En realidad, los Seguros Sociales fueron creados para mantener en buen estado de salud al trabajador con plena capacidad de producción. Un Sistema de Seguridad Social así concebido necesariamente tiene que ceder ante los grupos de presión más fuertes, lo que establece, en muchos países, privilegios especiales para ellos (pensionados, libre elección médica, libre prescripción de medicina, etc.) y por lo tanto, una clara discriminación en cuanto a la calidad de la atención médica se refiere.

El sistema complementario al de la medicina clasista es el que constituyen los Servicios Médicos Estatales y de las Juntas de Beneficencia, de Protección Social o de Caridad. Aquí la medicina asistencial tiene características muy diferentes a la de los Institutos de Seguridad Social, porque aquella siempre da servicios de muy baja calidad "hasta donde alcance la plata" lo cual significa limitaciones de orden físico, de equipo diagnóstico, de arsenal terapéutico y de personal profesional, técnico y auxiliar. La población indigente enferma servida por este sistema, recibe atención médica hasta donde alcancen las fichas que se dan diariamente en cualquier consultorio; es internado —por más grave que sea la enfermedad— si hay camas disponibles en el hospital público; recibe el tratamiento con los fármacos disponibles en ese momento (siempre escasos, limitados y de mala calidad); se le hace un diagnóstico adecuado si la Institución cuenta con los recursos especializados. Aun así, el Sistema Estatal sólo da atención médica a la población cercana a las unidades sanitarias: hay siempre una enorme población rural absolutamente desatendida causante de buena parte de las altas de mortalidad infantil y de muertes sin asistencia médica. Para confirmar la tesis de que los países latinoamericanos conciben el mejoramiento de la salud pública íntimamente relacionado con el desarrollo económico basta con citar la Declaración de los Ministros de Salubridad Pública de América, reunidos en Washington, en 1963<sup>1</sup> en la que afirman: "La salud es... componente esencial del desarrollo y del nivel de vida... y el mejoramiento de salud no sólo es deseable, en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo del crecimiento económico y debe formar parte indispensable de los programas de desarrollo de la región."

Esta declaración niega totalmente el concepto de que la salud (entendida como la define la OMS: "salud es un estado de completo bienestar físico, MENTAL Y SOCIAL Y NO LA SOLA AUSENCIA DE ENFERMEDAD O INVALIDEZ) es un derecho inviolable del hombre y que, entonces, un Sistema Nacional de Salud debe ser organizado para darle SALUD INTEGRAL

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Documento TFH/14 Washington, abril 1963.

a toda la población, sin reparar si aquello es conveniente o indispensable para producir mayor desarrollo económico y que por lo tanto "CONSTITUYE UN REQUISITO PREVIO AL CRECIMIENTO ECONÓMICO Y DEBE FORMAR PARTE INDISPENSABLE DE LOS PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LA REGIÓN".

Sólo así se puede comprender, que el programa de erradicación de la malaria, la parasitosis intestinal y, en general, el saneamiento de ambiente y la asistencia médica preventiva llega a la zona rural cuando esa región debe ser "desarrollada económicamente" y es entonces cuando los programas de desarrollo incluyen los programas de mejoramiento de la salud de los habitantes de esa zona, porque súbitamente la región tiene interés económico para las grandes compañías de explotación (cultivo del banano, la bauxita, el petróleo, etc.) y ellas deciden —junto con los gobiernos y los Institutos de Seguros Sociales— el día, el mes, y el año, cuando debe empezar a "cuidar la salud" de esas comunidades. Antes, pareciera, que el problema de la salud de esa región no había alcanzado un lugar prominente entre las prioridades que periódicamente fijan los organismos nacionales responsables de la salud pública, con la asistencia técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La ponencia del doctor Jadresic constituye en sí un reto para el sistema capitalista que viven los países latinoamericanos. Ese reto podría resumirse en una sola pregunta que debe ser contestada por los asistentes a la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina patrocinada por la UDUAL: *¿Es posible garantizar atención médica integral a toda la población, de cualquiera de los países latinoamericanos, dentro del marco capitalista?*



## SESIÓN DE COMISIONES

Martes 23 de noviembre de 1971.

### NÓMINA DE INTEGRANTES DE LA COMISIÓN II:

<i>NOMBRE:</i>	<i>INSTITUCIÓN:</i>
De Camps, Víctor	Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.
Avalo, P., José Luis	Universidad de Oriente, Cuba
Von Smith, Varan	Universidad de Oriente, Cuba
Monge, Juan Ignacio	Universidad Católica de Chile
Darricarrere, Rafael	Universidad de Concepción, Chile
Cruz, Jaime	Universidad del Valle, Colombia
Ceitlin, Julio	Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, Colombia.
Ferro R., Jorge	Universidad Industrial de Santander, Colombia
Cuervo T., Carlos	Universidad Nacional de Colombia
Gómez, Alirio	Universidad Industrial de Santander, Colombia
Restrepo, Jorge	Universidad de Antioquía, Colombia
De León M., Julio	Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina (ACAFAM), Costa Rica; Presidente VI Conferencia.
Gutiérrez S., Rodrigo	
Santas, Andrés A.	Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.
Yépez V., Eduardo	Universidad Central del Ecuador, Quito
Del Valle, Joaquín	Universidad de Coahuila, México
Rodríguez D., José	Universidad Nacional Autónoma de México
Vasconcelos, Rubén	Universidad Nacional Autónoma de México Relator de la VI Conferencia.
Lelo de Larrea, Germán	Universidad de Nuevo León, México
Barreto, Rafael Angel	Federación Médica Venezolana
Giraldo, Luis E.	Organización Panamericana de la Salud/OMS, Zona I, Venezuela.
González, Carlos Luis	Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela
Gómez Padrón, Francisco	Universidad del Zulia, Venezuela

*NOMBRE:*

*INSTITUCIÓN:*

Gómez, Félix (Estud.)	Universidad del Zulia, Venezuela
Márquez, Paulo E.	Universidad del Zulia, Venezuela
Nava, Francisco S.	Universidad del Zulia, Venezuela
Argüello L., Felipe	Universidad del Zulia, Venezuela
Núñez, Ramón	Universidad del Zulia, Venezuela
Díaz Guzmán, Joffre	Universidad del Zulia, Venezuela
Navarro, Alirio	Universidad del Zulia, Venezuela
Iturbe, Pedro	Unión Internacional Contra la Tuberculosis, Región Latinoamericana, Venezuela.

**COMISIÓN II:**

"Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito".

La Sesión de la Comisión II inició sus labores el día martes veintitrés de noviembre de mil novecientos setenta y uno a las 10:00 de la mañana en el Salón Capitán Chico del Hotel del Lago de la ciudad de Maracaibo.

El Dr. Varan von Smith, Secretario General de la XII Conferencia dio inicio a la reunión leyendo los artículos Nos. 14, 15 y 16 del Reglamento para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las Universidades afiliadas a la UDUAL.

De acuerdo al Art. 14º, se procedió al nombramiento de la Mesa Directiva de la Comisión, la cual debía constar de un Presidente, un Relator y un Secretario.

El Dr. Carlos Luis González (Venezuela) tomó la palabra y propuso como Presidente al Dr. Víctor de Camps, de la Universidad Nacional Autónoma de Santo Domingo; como Relator al Dr. Felipe Argüello de la Universidad del Zulia (Venezuela) y como Secretario al Dr. Luis Ernesto Giraldo, de la Organización Panamericana de la Salud (OMS), Zona I, Venezuela.

El Dr. Víctor de Camps, como Presidente de la Sesión, propuso a los integrantes del Grupo, la presentación individual como un medio de conocimiento mutuo y de estrechar las relaciones humanas; asimismo, hizo recomendaciones sobre la mecánica a seguir y declara abierta la discusión sobre el Tema II.

El Presidente consideró suficientes los aportes dados por el Grupo y clausuró la sesión de la mañana, a las 1:30 p.m.

La sesión de la tarde se inició a las 3:30 p.m., siendo sometidos a la consideración del Grupo, cuatro (4) puntos fundamentales como marco de referencia, a saber:

1. Derechos Sociales:

- El derecho a la salud
- El derecho a la vivienda
- El derecho a la educación
- El derecho al trabajo
- El derecho a la seguridad social, etc.

2. Política Nacional de Salud:

Integración como un factor de dicha política

El concepto de medicina integral (Medicina Preventiva, Promotiva, Curativa, y Docencia)

Formación de recursos humanos de acuerdo a las necesidades sanitarias y docentes a niveles nacional, regional y local

Urbanismo y Ruralismo

Administración de los recursos en función de la política nacional de salud

3. Aspectos Docentes:

Concepto y definición de áreas hospitalarias docentes, departamentos y unidades docentes

Docencia de pre-grado

Docencia programada de internos y residentes

Cursos formales de post-grado

Educación médica continuada

Regionalización docente-asistencial

Investigación aplicada en la clínica y en los aspectos biopsicosociales

4. Cómo estimular la participación de la colectividad en la adopción, ejecución, distribución de recursos y evaluación.

El Presidente consideró suficientes los aportes proporcionados por los miembros del Grupo y dio por concluidas las labores a las 7:30 p.m.

Dr. Víctor de Camps

Presidente

Dr. Luis Ernesto Giraldo

Secretario

Dr. Felipe Argüello L.

Relator



## RELATO DE LA COMISIÓN II

TEMA: "INTEGRACIÓN DE LA ENSEÑANZA CON LOS SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD PÚBLICA. ESTUDIOS NACIONALES Y REGIONALES PARA LA REALIZACION DE ESTE PROPÓSITO".

### PONENTE OFICIAL

Dr. Alfredo Jadresic  
Decano de la Facultad de  
Medicina de la Universidad de Chile.

#### *Presidente de la Sesión:*

Dr. Víctor de Camps  
U.A.S.D. República Dominicana

#### *Secretario:*

Dr. Luis Giraldo  
OPS/OMS — Venezuela

#### *Relator:*

Dr. Felipe Argüello Landaeta  
Universidad del Zulia

### COMENTARISTAS OFICIALES:

Dr. Andrés A. Santas,  
Ex-Rector Universidad de  
Buenos Aires, Pdte. FEPAFEM.  
Dr. Rodrigo Gutiérrez S.,  
Decano de la Facultad de  
Medicina, Universidad de Costa Rica.

La Ponencia presentada por el Dr. Alfredo Jadresic representa, al sentir de la Comisión, un valiosísimo aporte a esta Conferencia. En efecto, se trata de un documento que ofrece una clara descripción del desarrollo

histórico tanto de la educación médica como de los programas de atención de la salud que han tenido lugar en Chile, para luego analizar los antecedentes y razones que llevaron a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y al Servicio Nacional de Salud de ese país a suscribir recientemente un Convenio de "coordinación y sincronización de los recursos de ambas Instituciones" para los propósitos de la enseñanza médica tanto a nivel de pre-grado como de post-grado.

El Dr. Jadresic, en sus conclusiones, recalca la necesidad de desarrollar la enseñanza dentro de los servicios médicos, no sólo porque estos proveen el material indispensable para el adiestramiento, sino por el beneficio que a ellos representa la participación en sus actividades de los elementos universitarios, tanto de docentes como de alumnos. También destaca que esta vinculación permite a las Facultades de Medicina tener una mejor visión de los problemas de salud; y que el mayor beneficio mutuo se obtendrá cuando toda la población tenga acceso a un sistema de atención médica integral, igualitaria, y cuando todos los estudiantes idóneos tengan acceso a las Facultades de Medicina, sin otras limitaciones que las determinadas por los planes de salud.

Por último, señala que ambas entidades deben tener una responsabilidad compartida en el campo de la enseñanza de post-grado, tanto en la formación de especialistas como para el perfeccionamiento continuo del graduado; y la necesidad de disponer de centros hospitalarios de buen nivel y organizados, dentro de un sistema de regionalización docente-asistencial.

La Comisión considera que todas esas conclusiones son valederas en todas partes, pues tienden a la unificación de esfuerzos hacia el propósito común de lograr una educación médica en consonancia con los recursos disponibles y las necesidades de salud de la comunidad. La Comisión estima, por otra parte, que todos los países pueden y deben alcanzar ese objetivo, independientemente de su grado de desarrollo, organización, sistema socio-económico, u otras circunstancias.

## PUNTO 2

El grupo inició la discusión refiriéndose a los aspectos prácticos de la integración entre la enseñanza de Ciencias de la Salud y los Servicios Médicos, Paramédicos, Sanitarios, Sociales, Educativos, etc., que los egresados van a realizar. Hubo acuerdo en evitar discusiones relacionadas con los sistemas e ideas políticas prevalecientes en los distintos países y buscar más bien los denominadores comunes que no permitan, en todos ellos, dar impulso a la integración. Es un concepto ya establecido el de que la situación de la enseñanza de Ciencias de la Salud y la aplicación de sus conocimientos en favor de la salud del pueblo, están fuertemente influenciados por la evolución que en cada país haya tenido el desarrollo económico social y la lucha por las libertades públicas y los derechos sociales, aunque esas condiciones son diferentes para cada país, la formulación y ejecución de una Política o Plan de Salud, en forma integral, pueden ser consideradas, en todos ellos, como idóneos instrumentos para impulsar y desarrollar tanto los aspectos docentes como los asistentes y su necesaria integración.

### PUNTO 3

Si bien los derechos sociales: Salud, Educación, Trabajo, Vivienda y Seguridad Social, son de una amplia cobertura, tan amplia que rebasan el campo específico de acción de las Facultades de Medicina y de los Ministerios de salud, es evidente, que en todo momento, los dos Organismos no deben olvidar el marco de referencia que esos derechos deben constituir para su acción específica. Esta especie de credo doctrinario fue bien reconocido por el grupo y todo lo que enseguida va a ser expresado como recomendaciones concretas fue concebido bajo esa inspiración.

### PUNTO 4

El grupo definió como objetivos básicos de la integración de la enseñanza con los Servicios Médicos y de Salud Pública, los siguientes:

a) Formular y ejecutar una Política Nacional de Salud que convenga a las características políticas, sociales, culturales y económicas de cada país, enmarcada en el Plan Nacional de desarrollo económico y social. Esta tarea deberá ser realizada por los Organismos Gubernamentales con la cooperación de las Instituciones y grupos comprometidos en las actividades de salud y muy especialmente con las Universidades.

b) Establecer y ejercer una estrecha coordinación en todos los niveles de la decisión, de los programas y recursos comprometidos en la prestación de servicios y de los programas y recursos comprometidos en la investigación y formación del equipo de salud.

c) Que la integración de los recursos Docentes-Asistenciales se realice basada en los problemas y necesidades médicas de la población y de su distribución ecológica urbana y rural; procurando lograr una plena cobertura y eficiencia en el mejoramiento de los niveles de salud.

### PUNTO 5

Un Sistema de Salud y, dentro de él los aspectos docentes, debe prestar atención a todos los factores de la acción en Salud: Promoción, Protección, Restitución y Rehabilitación, utilizando los recursos humanos en función de equipo e incorporando a la propia comunidad usuaria de esos servicios en las responsabilidades ligadas con la determinación de objetivos y distribución de recursos, así como también con la ejecución y evaluación de actividades. Esto pone de relieve la importancia del incremento de la Educación Sanitaria.

Hubo consenso en la Comisión de pronunciarse en el sentido de elevar el nivel científico y social del médico que actúa en el medio rural. Se estableció claramente que lo que es *rural es el médico y no el médico* y que hay necesidad de adoptar mecanismos docentes para obtener la mejor capacitación posible del personal que trabaja en esas áreas mediante la adopción de sistemas administrativos para la articulación y jerarquización de servicios dentro de los sistemas conocidos como regionalización y distritalización.

## PUNTO 6

La exitosa ejecución de las políticas y planes nacionales y de los programas de salud regionales y locales, obligan a una más adecuada utilización de los recursos existentes. Para ello debe insistirse en la capacitación de todo el personal en los aspectos administrativos. En este sentido se debe procurar un mayor y mejor rendimiento de los instrumentos existentes y la creación de nuevos instrumentos más acordes con las realidades geográficas y socio-económicas de los países.

## PUNTO 7

En cuanto al estudio específico de los aspectos docentes, el grupo en forma unánime se pronunció por la sustitución del clásico concepto aislacionista de Facultades de Medicina por el concepto integralista de Facultades de Ciencias de la Salud, como consecuencia natural de la aceptación, ya hecha, de las políticas y planes nacionales de la salud, motores de esta concepción.

Ese mismo concepto fundamento el respaldo de la Comisión al esquema propuesto por el profesor Jadresic en relación a las áreas integrales, Docente-Asistenciales, que garantiza a la vez que una más amplia cobertura asistencial, la posibilidad de una continua y progresiva docencia de pre y postgrado. En este esquema el hombre, enfermo o sano, hospitalizado o ambulante y aún en el medio familiar, es el objetivo primordial de la organización asistencial y es para su beneficio que dentro de dicha organización es estructura la docencia.

Por ello esa organización Docente-Asistencial que el grupo acepta y recomienda, tendrá que ser de la mejor calidad posible.

En este punto queremos destacar que la integración es el producto de la actitud y no la consecuencia de normas o reglamentos. Por lo tanto, hacemos énfasis en la recomendación de situar al alumno en condiciones que le permita adquirir esa actitud integracionista actuando frente a sus propias realidades, mediante la progresiva y creciente aceptación de responsabilidades en el medio que actúa, a la vez que aprende.

Este mismo esquema favorece y permite la docencia programada y continuada para el equipo de salud prestatario del servicio y los estudios formales, diversificados y especializados de postgrado.

En cuanto a la investigación necesaria en los aspectos docentes asistenciales estudiados, el grupo considera que debe impulsarse la investigación clínica aplicada a los problemas de salud, siendo estos últimos los mejores estimulantes de aquellos.

## PUNTO 8

El grupo considera los servicios de salud como una empresa constituida por tres grandes socios de igual importancia: Los organismos dispensadores de salud, las instituciones formadoras del personal que prestan el servicio y la colectividad usuaria de los mismos. Recomienda por lo tanto que se

realice todo el esfuerzo necesario para incorporar del modo más efectivo a esa colectividad en todo el proceso que involucra la administración de los servicios Docente-Asistenciales estudiados.

Maracaibo, noviembre 24 de 1971 (Salón Capitán Chico)

Dr. Víctor de Camps  
Presidente

Dr. Luis Ernesto Giraldo  
Secretario

Dr. Felipe Argüello L.  
Relator



## TERCERA SESIÓN PLENARIA

*Lunes 22 de noviembre de 1971.*

*Presidente de la VII Conferencia:*

Vamos a dar comienzo a la tercera sesión plenaria de la VII Conferencia. Agradecemos a los doctores Jorge Restrepo Molina, de la Universidad de Antioquia, Colombia, y Justo Miguel Bonomie, de la Universidad de los Andes, Venezuela, tengan a bien acompañarnos en la mesa como Vicepresidentes de esta tercera plenaria.

*Secretario General de la Conferencia:*

Vamos a dar la palabra al Dr. Heber Villalobos, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela, quien va a dar lectura al resumen de su ponencia oficial sobre el Tema III, "La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea"; la ponencia será comentada por los doctores Geraldo Siffert de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil —Director (Decano) del Instituto de Ciencias Bio-médicas —y el Dr. Eduardo Pelayo, Director del Instituto de Ciencias Básicas "Victoria Girón", de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana, Cuba. Tiene la palabra el profesor Villalobos.

Después de la lectura del resumen de su ponencia por parte del Dr. Villalobos, el Secretario cede la palabra al Dr. Siffert, de Brasil.

*Dr. Geraldo Siffert:*

Señores delegados, soy el único aquí, en esta Conferencia, representante de Brasil y por tanto, el único que habla una lengua distinta a la de ustedes, por eso decidí presentar mi comentario en castellano. Pido a ustedes que pongan atención a este castellano, que es purísimo, pues lo he estudiado con un profesor de Valladolid, en España, que reside en Brasil; él me ha dado clases y yo he estudiado la literatura y la gramática española con mucha atención y he descubierto grandes cosas en la literatura venezolana, en toda la literatura latinoamericana, a causa de esos estudios.

Debo empezar agradeciendo al Dr. Efrén C. del Pozo y al profesor Heber Villalobos, por la invitación que me ha sido enviada para estar aquí con ustedes; el placer de visitar esta ciudad de Maracaibo es muy grande porque esta ciudad es muy conocida en mi país por sus valores culturales, económicos y científicos. Yo ya he conocido a Caracas donde he estado cuatro veces y es ésta la primera oportunidad que tengo de venir aquí a esta magnífica ciudad de Maracaibo que mucho me ha encantado.

(El Dr. Siffert da lectura a su comentario oficial sobre el Tema III).

(El Presidente de la Conferencia cede la palabra al Dr. Eduardo Pelayo, de Cuba, para que presente el comentario oficial sobre el Tema III).

Después de estas lecturas se da la palabra a los asistentes para discutir los temas presentados.

*Dr. José M. Alvarez Manilla, Universidad Nacional Autónoma de México:*

Esta tarde, que se ha mencionado repetidas veces la palabra revolución, se ha hablado en repetidos contextos de ella, se ha mencionado la revolución de la biología, quisiera yo referirme a la antítesis de la revolución que es la persistencia de las estructuras. Si consideramos revolución el cambio de estructuras, veremos que dentro del curriculum y plan de estudios de las Escuelas de Medicina ha habido una persistencia de estructuras generadas hace ya más de un siglo que tienen inter-construidas en sí mismas, con todos aquellos defectos que se trata de evitar; es decir, se ha hablado de la necesidad de un procedimiento curricular para hacer más flexible la asimilación de nuevos conocimientos, para mejorar la calidad de los mismos; no hay nada más antitético a esta revolución que lo que podríamos llamar modelo único de curriculum, modelo curricular, con variantes locales y variantes de época y moda; es decir, la primera desintegración que hace este curriculum es dividir en ciclos clínicos y básicos, luego viene la desintegración aún mayor en la división de asignaturas generalmente unidisciplinarias y se ha hablado de las nuevas disciplinas generadas dentro de las antiguas ciencias como la biología, vemos la tendencia que surgió de estas nuevas disciplinas, viene a integrar lo que antiguamente estaba separado, la vigencia de los antiguos fraccionamientos como anatomía, fisiología, tienden a perder sus límites que hasta algún momento fueron nítidos y a surgir las interdisciplinas; sin embargo, vemos que esta estructura se reproduce íntegramente en el curriculum y dificulta la flexibilidad del mismo. En otros campos de la educación, especialmente en el campo de la educación elemental, han comenzado a sustituirse la organización, la estructura en base a disciplinas por áreas de interés, por la creación de áreas didácticas multidisciplinarias y no veo por qué si estamos hablando de revolución, tenemos que seguir hablando de la forma tradicional a través de asignaturas, éstas han perdido su vigencia, su validez y la seguirán perdiendo a mayor velocidad en el futuro.

Es en base a la pedagogía cómo debemos estructurar los nuevos currícula y fundamentalmente a través de los objetivos. Cuando se oye "hay que agregar una nueva disciplina" y se comienza a analizar el contenido de esa disciplina en base a objetivos, se nos escurren de los dedos esas disciplinas y nos tenemos que quedar con lo básico, o sea, los conocimientos que ver-

daderamente deben ser desarrollados, las habilidades que deben ser desarrolladas por el propio alumno y las aptitudes que deben ser formadas; entonces, creo que es conveniente hacer el comentario de que seguir pensando en asignaturas equiparadas a disciplinas es un vicio que hay que corregir en la enseñanza y pensar en unidades didácticas interdisciplinarias o multidisciplinarias según el caso y evitar esta persistencia de soluciones generadas en el transcurso del último siglo que frente a los nuevos problemas están perdiendo su validez.

*Dr. Julio de León Méndez, Representante del CSUCA y ACAFAM, Costa Rica:*

Muchas gracias señor Presidente. Quise tomar la palabra con respecto al Tema que se está discutiendo porque al oír al Dr. Alvarez Manilla en su comentario anterior, con respecto a todo lo que se ha hablado aquí de revolución nosotros en Guatemala —ahora estoy viviendo en Costa Rica— en el año de 1969, pienso que hicimos una verdadera revolución en educación médica porque destruimos las estructuras de los departamentos morfológicos, fisiológicos, que existían en la Facultad e hicimos, si se quiere, una departamentalización con un sentido más integral. Ocurrió un fenómeno muy interesante en el año 68, una huelga estudiantil de la Escuela de Estudios Generales pidió la abolición de los dos años de Estudios Generales que tenía la Universidad de San Carlos de Guatemala, entonces hubo que ceder ante la presión estudiantil y esos dos años fueron abolidos. De tal manera que nosotros aprovechamos esa circunstancia en la Facultad de Medicina para reducir el curriculum, que tenía 8 años, a 6; en esos 6 años, al abolir los departamentos de morfología, bioquímica, fisiología, etc., que son tradicionales, le dimos la orientación siguiente: tomamos seis años de carrera, en esos seis años se da la enseñanza en tres partes, en un sentido vertical. La primera que está orientada hacia el individuo, la familia y la comunidad sana. La segunda, que son el tercero y cuarto años, al individuo, la familia y la comunidad enferma y la tercera parte que son el quinto y sexto años, a la recuperación de la salud del individuo, la familia y la comunidad. En el sentido horizontal tomamos las tres grandes áreas de la enseñanza de la medicina, el área de las ciencias biológicas, el área de las ciencias de la conducta y el área de las ciencias clínicas; al área de ciencias de la conducta le dimos un 20% de porcentaje en todo el transcurso horizontal de la carrera; a las clínicas le dimos un 10%, al principio y un 70% al final y en la fase intermedia una línea que une el 10% con el 70% al final y las biológicas cruzándose e intercambiándose con las ciencias clínicas 70% al principio y 10% al final. Creemos nosotros que con esta dosificación en las tres grandes áreas: biológicas, de la conducta y clínicas, le podemos dar una integración mejor de la enseñanza al estudiante. En la actualidad ya se va por el cuarto año del nuevo plan y el año entrante se llega ya a la tercera fase —o sea los quinto y sexto años—. Hemos tenido grandes problemas y dificultades pero creemos que se ha podido integrar bastante la enseñanza porque se han abolido completamente las cátedras magistrales y las disciplinas de que hablaba el Dr. Alvarez Manilla. Se están dando las clases a base de unidades integradas del conocimiento; con pocos recursos y poca inversión pensamos que hemos logrado, al modificar el curriculum, dar

una enseñanza masiva, proyectar la enseñanza médica al futuro y formar al médico general que necesita ese país.

Como les decía ha habido problemas; el estudiante no se mira ya en los paradigmas de la profesión que estaban trazados en la antigüedad; ya no mira al gran clínico, al gran endocrinólogo, sino que ahora está él en una gran duda, en una gran angustia de qué es lo que va a hacer él en el futuro. Han habido grandes corrientes en contra; les imbuyen a los estudiantes la idea de que van a egresar sólo como médicos rurales, de enfermeros, que ya no van a ser como los grandes médicos de antes. No obstante, tenemos grandes esperanzas en esos casi 2500 estudiantes que tiene la Facultad y creemos que se podrá formar al médico de 1980, es decir, científicamente bien preparado, proyectado a la comunidad, arraigado a la nacionalidad, con un sentido, pues, latinoamericano.

*Dr. Luis Manuel Manzanilla, Universidad Central de Venezuela:*

Para empezar, declaro, que sucribo totalmente los comentarios que ha expresado el Dr. Alvarez Manilla en relación con curricula. Mi comentario en relación con la ponencia en discusión más que comentario podría llamarse una moraleja, por lo siguiente, cada vez que se menciona una disciplina nueva, un campo nuevo de la medicina que es necesario enseñar, que sería necesario aprender, se pregunta uno: ¿qué hacer con nuestro curriculum ya sobrecargado?, casi que va a estallar y se presenta el problema del cambio curricular. Cada vez hay más conocimiento, más materias nuevas y no hay dónde introducirlas. Pero ese dilema hay que ponerlo entre comillas, no es tal dilema. No hay dilema en el cambio curricular. Lo que existe es lo siguiente: tanto para el cambio de las materias nuevas, de los nuevos campos de la ciencia y de la tecnología, como para la misma enseñanza de las viejas que cada día están cambiando, es imposible en América Latina continuar con el currículo tradicional rígido. Este comentario se oye cada vez más, se hace sentir más la crítica que se hace al curriculum rígido de las Escuelas de Medicina de América Latina; es cierto, se hacen cambios, se sube, se baja, se divide, se fracciona, se alteran incluso estructuras administrativas pero se mantiene un curriculum rígido que en última instancia se cambia por otro en las mismas condiciones; por eso si alguna virtud le concedo o quizás la máxima virtud que le concedo, no es la de que asomados o tres o cinco campos nuevos del conocimiento, sino que es un reclamo, una nueva argumentación para demostrar que es imposible continuar enseñando asignaturas, materias, cátedras separadas, dentro del curriculum tradicional de América Latina. Por eso dije al comienzo, que era una moraleja, porque la ponencia toda es una argumentación, una demanda por una transformación total del curriculum, como dice el profesor Siffert, entendido no como la introducción de nuevas materias, el ordenamiento, o cambio de calendario; no, es el curriculum entendido como la administración total de la enseñanza, que incluye métodos, evaluación, duración de la carrera, etc. Muchas gracias.

Voy a ser muy breve, pero me siento tentado de decir algunas cosas porque en Montevideo, con motivo del nuevo plan de estudios en vigencia, nos hemos enfrentado a este problema tan interesante de la enseñanza de nuevas disciplinas. Quiero decir que las que se han introducido en Montevideo, lo han sido fundamentalmente en el Ciclo Básico y con la idea de responder a la triple vertiente que se reconoce en la conformación del conocimiento médico: la biología, la psicología y la sociología. Además se ha introducido lo que nosotros llamamos métodos cuantitativos que tienen un contenido de matemáticas y de estadística; esta última por cuanto constituye una herramienta formidable para el abordaje de la problemática médica en distintos aspectos y por lo que significa desde el punto de vista educativo como un elemento fundamental para la confirmación del pensamiento lógico del estudiante siempre necesario en el pensar médico; sobre esto, posiblemente hay coincidencias con lo que ha sido planteado acá en la ponencia tan interesante del Dr. Villalobos y lo que han agregado sus comentaristas.

Deseo señalar un aspecto que veo como prevalente. Más que la introducción de disciplinas y más que la conformación del currículum en la docencia médica y en toda la docencia, importa el modo de realización de la enseñanza. Me parece que esto es prevalente y puede ocurrir que desde el punto de vista curricular esté muy bien conformado un plan de estudios y sin embargo falle por el modo de realización de la enseñanza; en este sentido, nosotros nos enfrentamos al problema de que no teníamos equipo docente para la enseñanza de las disciplinas que queríamos incorporar, es decir, a pesar de existir una cátedra de psiquiatría y de existir psicólogos médicos no teníamos experiencia de docencia en psicología médica, por ejemplo; y mucho menos la teníamos en sociología, con el agravante de que el desarrollo de la sociología como ciencia en el Uruguay estaba en un estadio incipiente. También teníamos que enfrentar la situación de que en relación con la medicina, el cultivo de las disciplinas cuantitativas provenía de cátedras que precisaban de ellas como herramientas para poder trabajar; entonces encaramos el problema atendiendo simultáneamente a dos cosas: primero, a tener un equipo docente constituido por personas que tuvieran un buen dominio de la disciplina que iban a enseñar, un buen dominio científico, es decir, procuramos tener en el equipo correspondientemente, matemáticos, sociólogos y psicólogos; pero, segundo, pretendimos tener en el médico: la biología, la psicología y la sociología. Además se ha introducido lo que nosotros llamamos métodos cuantitativos que tienen un contenido de matemáticas y de estadística; esta última por cuanto constituye una herramienta formidable para el abordaje de la problemática médica en distintos aspectos y por lo que significa desde el punto de vista educativo como un elemento fundamental para la conformación del pensamiento lógico del equipo, personas con conocimiento médico y conformación médica, en situación de ser educadores a acondicionadores de la enseñanza científica que se quiere dar, es decir, para poder ubicar bien esa enseñanza en relación con lo que son los objetivos de la educación médica y los elementos fundamentales de motivación del estudiante de medicina. Esto quiere decir que hemos constituido en cierto modo, equipos mixtos y en este momento estamos procurando relacionar estructuralmente estos equipos con lo que serían

los embriones de Institutos Centrales de la Universidad de la República; deseamos que los matemáticos que enseñan —y lo hemos logrado— en nuestra Facultad de Medicina, parte de ellos pertenezcan simultáneamente a la estructura del Instituto Central de Matemáticas de la Universidad; que parte de los sociólogos pertenezcan a la estructura del Instituto de Sociología de la Universidad y que en el equipo de psicología, además de médicos tengamos psicólogos. Esta conformación está todavía, digamos, en un estado incipiente, de tanteo, pero de todas maneras nos permite señalar los siguientes beneficios: la conexión con los Institutos Centrales garantiza una alimentación permanente en el perfeccionamiento científico y en la conformación científica de aquellos otros colegas que tienen formación médica y correspondientemente garantiza que estas personas puedan tomar como objeto de su conocimiento, como objeto de su investigación científica, problemas tomados del área médica. Creemos entonces, que a la vez que vamos a fortalecer la docencia, vamos a impulsar, en consecuencia, la investigación. Desde el punto de vista de aquellos médicos o de aquellas personas con formación médica que integran estos equipos docentes de nuevas disciplinas creemos que naturalmente, tanto para un biofísico como para un bioquímico, integrar un equipo docente con un matemático, es altamente beneficioso para su formación científica que volcará luego en el trabajo de investigación en su área correspondiente y cosas homólogas pueden decirse para un psiquiatra en cuanto a su formación psicológica o para un higienista o para un especialista en salud pública en cuanto a una correcta formación y base sociológica.

*Dr. Heber Villalobos, Universidad del Zulia:*

Para terminar, el señor Secretario dará unas informaciones de interés para los participantes.

*Secretario General de la Conferencia:*

Repetimos la información anterior suministrada en la segunda plenaria, en el sentido de que las planillas de inscripción para la sesión de comisiones, tengan a bien entregarlas por Secretaría, aquí mismo a la salida. Igualmente, que el Servicio de Radioaficionados gentilmente brindado por el Radio-Club Venezolano, ha sido restablecido.

En esta tercera sesión plenaria se distribuyeron los trabajos oficiales sobre el Tema III elaborados por el Dr. Elso Schiappacasse, Profesor Asistente de Medicina, y Secretario de la Oficina de Educación Médica en la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile; por el Dr. Helman Serrano, Profesor Agregado en el Departamento de Medicina Tropical y Microbiología, Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia; por el Dr. Pablo Carlevaro, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la República, Uruguay, y por el Dr. Angel Brito, Profesor Agregado en el Departamento de Ciencias Fisiológicas de la Universidad del Zulia, Venezuela.

También se distribuyó un Informe de la Comisión de Credenciales, el cual arrojó la cifra de 116 inscritos hasta las 6 de la tarde de ese día.

### TEMA III

## LA ENSEÑANZA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LAS NUEVAS DISCIPLINAS QUE DEMANDA LA VIDA CONTEMPORÁNEA

Ponente oficial:

DR. HEBER VILLALOBOS\*

\* Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela; Coordinador de la Unidad Regional de Genética Médica del Hospital Universitario de Maracaibo; Profesor Titular en la Cátedra de Bioquímica, Facultad de Medicina.



### TEMA III

## LA ENSEÑANZA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LAS NUEVAS DISCIPLINAS QUE DEMANDA LA VIDA CONTEMPORANEA

Dr. HEBER VILLALOBOS

Quiero expresar mi agradecimiento por la colaboración prestada en la elaboración de esta ponencia a las siguientes personas, quienes en forma desinteresada me brindaron sus valiosísimas experiencias, para hacerla una realidad tangible.

Dr. Francisco Gómez Padrón, Profesor Titular en el Depto. de Medicina Preventiva y Social, Universidad del Zulia; autor de "El papel de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina latinoamericanas".

Dr. Helman Serrano, Profesor Agregado en el Depto. de Medicina Tropical y Microbiología, Universidad del Zulia; autor de "Importancia de la enseñanza de la inmunología en las escuelas de medicina latinoamericanas".

Dr. Angel Brito, Profesor Agregado en el Depto. de Ciencias Fisiológicas, Universidad del Zulia; autor de "la enseñanza en las escuelas de medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea (Ingeniería Biomédica)".

Autores de trabajos monográficos como colaboración científica en la fase investigación y sistematización de esta ponencia.

Lic. en Filosofía Pedro José Trocóniz P., Profesor en la Facultad de Ingeniería, Universidad del Zulia; Lic. en Educación Nelly de González, Orientadora de la Oficina de Educación Médica y Lic. en Bibliotecología Carlos Cavidad, Bibliotecónomo Jefe de la Facultad de Medicina (Luz).

Asesores en los aspectos y procedimientos metodológicos de sus especialidades en la fase expositiva de esta ponencia.

Sra. Carmen Simona Matute, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Organizadora de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina quien tuvo a su cargo la parte técnica en la elaboración de esta ponencia.

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

- 1.1. Los parámetros de la revolución científica en torno al "médico nuevo".
- 1.2. La revolución en las ciencias biológicas: Sociedad y Medicina futura.
- 1.3. La revolución en las ciencias biológicas contemporáneas: la salud y la medicina presente o signos de la paradoja médico-social.
- 1.4. La revolución en las ciencias biológicas y las estructuras de las disciplinas médicas.

## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

### 1.1. *Los parámetros de la revolución científica en torno al "médico nuevo"*

La revolución que se está operando en este siglo xx en el campo de las ciencias ha traído entre otras consecuencias para el médico una profunda modificación, que se acentuará aún más en el futuro, de los contenidos del concepto *salud*,<sup>1</sup> sobre el cual gira toda su formación científica y su práctica médica.

La Biología, la Psicología y la Sociología en particular, como ciencias teóricas, han sufrido tales conmociones por los avances de las investigaciones, los nuevos descubrimientos y el surgimiento de novedosos acontecimientos sociales que sus reformulaciones han abierto un horizonte inesperado en las realizaciones científico-prácticas, exigiendo, por demás, al médico, una conciencia nueva para salvar lo catastrófico que bajo otras perspectivas ideológicas o filosóficas, aparentan ser para el destino y el sentido del hombre.

Los propios adelantos de otras ciencias (teóricas metodológicas y teóricas objetivas) aunadas al desarrollo tecnológico, que se sintetizan en la cibernética como ciencia, encuadran el futuro promisor de la humanidad sobre cuyos primeros pasos estamos ya.

Las consecuencias teóricas de esta revolución en el campo de las ciencias y sus implicaciones prácticas no son advertidas aún con suficiente amplitud y generalización entre quienes tienen responsabilidades pedagógicas, y menos todavía en los órganos de dirección estatal, como necesidad apremiante de transformar los centros de formación del científico que va a comenzar a actuar en los próximos años.

Poner de relieve algunos de los hechos más resaltantes del acontecer científico y realzar algunos de los *problemas* que se abren como consecuencia de ellos, pueden ayudar a interiorizar el imperativo de dar comienzo a las reformas que coloquen al médico latinoamericano en vías de cumplir su papel social en la América Latina que se perfila desde ya; científicamente sólida, tecnológicamente a la par del resto del mundo y socialmente reivindicadora de una estructura donde la Salud del Hombre sea su justificación.

De las recientes conquistas científicas más importantes indudablemente que las constituyen las realizadas por los doctores Arthur Kornberg de la Universidad de Stanford, y Severo Ochoa de la Universidad de Nueva York, merecedores del Premio Nobel, por la síntesis del ADN (ácido desoxi-ribonucleico) y ARN (ácido ribonucleico) obtenida en sus laboratorios; logros

a que condujeran los doctores James Watson y Francis Crick, de Harvard y Cambridge, creadores de la hipótesis sobre la estructura de esos ácidos. Por otra parte, Kornberg y su colega Mehran Goulian (Stanford) han sido señalados frente al mundo científico como los creadores de la *molécula sintética viva*.

Estas investigaciones y descubrimientos abren el camino de la *creación de la vida artificial* y extienden la perspectiva de aplicar en un futuro esta clase de tecnología a otras áreas de la biología y de la medicina en particular.

La revolución en las ciencias biológicas no se limita en realidad a los adelantos factibles, que ahora repentinamente se hacen posibles a través de esa forma de "ingeniería de los seres humanos", ella toca también al aspecto psicológico fundado en una nueva profundidad de los conocimientos científicos sobre la naturaleza de la *psique*, haciendo la integración de lo psíquico y lo fisiológico: la conciencia como producto del cerebro; el cerebro, a su vez, órgano del pensamiento, de la conciencia. Dice a este respecto Paul Chauchard, eminente neurofisiólogo cristiano: "Se piensa con el cerebro y la distinción entre pensamiento y cerebro, si es cómoda por razones técnicas para separar la fisiología y psicología, es tan ilusoria como querer separar la vista y el ojo, la belleza y el rostro. No hay dos cosas: hay una sola, un ser que piensa con su cerebro".<sup>2</sup>

La revolución en la biología es también de carácter filosófico. Por la vía de las capitales investigaciones y descubrimientos contemporáneos del *soma* y la *psique*, por la dirección inusitada de la tecnología hacia esos campos, la filosofía actual está en búsqueda de una nueva síntesis de lo biológico, lo psíquico y lo social para dar respuesta fuera de las comprobaciones empíricas sectoriales al gran tema totalizador de la filosofía actual: EL HOMBRE. Para el médico esto es fundamental: una concepción integral de la naturaleza, la vida, la sociedad y el hombre en particular, que pueda orientarlo en el angustioso trance de la objetivación de las nuevas concepciones científicas y tecnológicas en hombres concretos, y en la adecuación de sus sentimientos y valores a la realidad que se le abre respecto a esos hombres.

Es el tener conciencia de que si bien todavía existen muchas lagunas sobre cuestiones relativas a la vida (*soma*) y al espíritu (*psique*) ya se han descifrado algunos "enigmas" básicos: se puede pensar en la creación de un modelo celular y de un modelo de vida esencialmente en términos tecnológicos; se pueden describir algunas de las sustancias esenciales que intervienen en el ciclo vital; se han llenado lagunas importantes de nuestro conocimiento sobre el proceso de multiplicación celular, sobre la forma como las células transmiten información de una generación a otra y cómo regula la síntesis de las proteínas en su desarrollo; y así sucesivamente se van acumulando nuevos y nuevos conocimientos que la tecnología contemporánea vuelca sobre la vieja utopía de la *creación artificial de la vida*, y aún cuando todo indica que falta mucho todavía por descubrir e investigar, aparecen ya maduros los años para que el mundo pueda contar con la inquietante nueva del fin de esta utopía.

## 1.2. La revolución en las ciencias biológicas: Sociedad y Medicina futura

Quizás si la repercusión principal que pueda tener la revolución en las ciencias biológicas para la salud, es la confianza de los hombres de ciencia en que se acabará por encontrar soluciones técnicas y explicaciones científicas a todos los problemas biológicos que vayan presentándose al hombre, ya superada la barrera del misticismo y otros prejuicios gnoseológicos en la interpretación de los procesos biológicos.

El problema más grave del futuro parecería trasladarse a otros planos en la conciencia del científico y del médico actual. No será entonces el de resolver "enigmas" que actualmente confronta la medicina en el orden biológico, sino el afrontar las consecuencias sociales del *buen éxito* que se haya obtenido en este campo. ¿Tendría sentido, por ejemplo, para entonces, considerar la necesidad, tal como ahora se presenta, de establecer prioridades, de atender primero no sólo los problemas más graves y urgentes, sino también los que ofrecen soluciones que se puedan asimilar con la mínima lesión de los valores más arraigados? ¿Cabría preguntarse si tendrá máxima prioridad la prolongación de la vida de individuos que sufren de enfermedades crónicas o si deberían atenderse en primer lugar la higiene infantil, la educación y la nutrición pre-escolar u otros problemas semejantes?

Lo más razonable es pensar que la revolución en las ciencias biológicas, con toda seguridad, producirá profundas modificaciones sociales y psicológicas en el futuro de acuerdo al control social que se ejerza sobre los avances científicos y sus aplicaciones a través de la tecnología al ser humano, cuyos propios desarrollos estarán condicionados por los cambios que la sociedad sea capaz de engendrar tanto en la organización de la vida social como en la conciencia.

Podrían señalarse algunos hechos por demás interesantes e ilustrativos que apuntan hacia esta correlación necesaria:

- a) Los trasplantes de órganos podrán realizarse con éxito cuando se logre vencer la barrera inmunológica y/o se obtengan soluciones técnicas que permitan la construcción de órganos artificiales perfeccionados.
- b) Ya se vislumbran soluciones para problemas tan graves y preocupantes hoy día como el cáncer, el envejecimiento, etc.
- c) La planificación familiar y hasta el simple control de la natalidad tienden a universalizarse.
- d) La administración de ácidos nucleicos y sus derivados en animales de laboratorio, y las primeras respuestas obtenidas, ha creado en los investigadores la idea de que en el futuro la inteligencia y otras cualidades del hombre puedan mejorarse mediante la aplicación de estos procedimientos.
- e) El médico del mañana estará muy posiblemente en capacidad de desarrollar en el laboratorio de experimentación, a un ser humano, no precisándose ya el vientre de una mujer como hasta hoy de modo natural ha venido ocurriendo. Y lo que es más extraordinario, quizás pueda lograrse el desarrollo de un nuevo ser humano sin la intervención de la célula masculina, utilizando tan sólo la célula femenina,

con lo cual se estará arribando a la partenogénesis controlada en la especie humana.

- f) La medicina, por la acumulación de datos informativos y la necesidad de no omitirlos, recurrirá probablemente a ordenadores electrónicos a los cuales se confiará en la práctica, la detección y la seriación rápida de las primeras etapas de ciertos problemas.<sup>3</sup>
- g) Debido a su carácter cada vez más científico, apoyándose en exámenes de laboratorio exhaustivos, largos y meticulosos, el ejercicio de la medicina se convertirá en un servicio cada vez más costoso, e inevitablemente la sociedad tendrá que tomarla a su cargo; en consecuencia, la colectividad será más vigilante y tendrá mayor opinión e ingerencia en todos los problemas de salud y de consumo médico.

Cuando estas cosas sean realidades tangibles (y no hay razón para dudar), surgirán problemas de diferentes órdenes, pero fundamentalmente de carácter psicológico y sociológico (económicos, sociales, políticos, éticos). Por esto, bien cabe plantearse desde el punto de vista filosófico y bajo las perspectivas de nuestra estructura social y de sus elementos culturales actuales la siguiente interrogante: ¿será maravilloso o por el contrario aterrador el mundo de la biología médica en el futuro?

Hasta ahora la humanidad nunca ha alcanzado una meta que no esté capacitada de asimilar en su provecho pese a la contradictoria que pudiera parecerle a los hombres a la hora de la partida. Y esto deben intuirlo los científicos que trabajan en los laboratorios hoy.

### 1.3. *La revolución en las ciencias biológicas contemporáneas: la salud y la medicina presente o signos de la paradoja médico-social*

En todas partes del mundo manos hambrientas claman por la medicina de nuestro tiempo, una medicina que difiere completamente de cualquiera que el mundo haya visto antes. Es poderosa, capaz de interferir el curso de la enfermedad, no meramente por la cirugía u otros métodos físicos sino por otros muchos medios, más sencillos de administrar e igualmente potentes. Puede hacer tremendos bienes, pero es también sumamente peligrosa y puede causar graves daños. El internista, el médico general, el psiquiatra, se han incorporado a las filas de los cirujanos como gentes que por actos de comisión u omisión pueden dañar a los seres que quieren ayudar.<sup>4</sup>

A un lado esta medicina contemporánea es tan compleja que un médico solo no puede administrarla con regularidad y eficiencia; pero al mismo tiempo resulta tan sencilla en muchos aspectos, que ciertos remedios pueden ser aplicados con seguridad y eficacia por cualquier persona de habilidad común que haya tenido un adiestramiento corto pero intenso en su aplicación. Como ejemplo elocuente de esto pueden citarse los programas que sobre "medicina simplificada" se han venido desarrollando en Venezuela por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en comunidades rurales.<sup>5</sup>

Hoy se puede hacer más por las enfermedades del cuerpo que por las de la mente. La terapia es más avanzada que la curación y ésta más que la prevención. Por una paradoja trágica al conocimiento de cómo prevenir las enfermedades comunicables o transmisibles, no puede ser aplicado en vas-

tas áreas del mundo a causa del bajo nivel de la educación y la falta de condiciones político-sociales para imponer medidas a los individuos en su propio beneficio y el de la colectividad. Es así que en los países sub-desarrollados, sufren y mueren millones de hombres de enfermedades de las cuales se sabe casi todo. En el resto del mundo, en los países desarrollados, la ignorancia casi completa por parte de los ciudadanos sobre los orígenes de las principales causas de muerte y enfermedades hace imposible, en su mayor parte, prevenirlas aunque existan los medios necesarios para aplicar las medidas preventivas.

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

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

Cada nación aspira a que se ofrezca un cuidado médico comprensivo (confortabilidad, terapia moderna y prevención máxima) a todos sus habitantes; algunas naciones hasta han hecho de esta doctrina parte de la política de Estado y han suscrito compromisos en esa dirección, pero ninguna, sin embargo, aunque comprometida oficialmente, dispone de los recursos necesarios para hacer frente a las demandas médico-asistenciales señaladas. Los médicos no son más que uno de estos recursos y ningún país, a esos efectos, dispone de un número adecuado de ellos. Por consiguiente en la actualidad hay una determinación en todas partes para aumentar la producción de médicos; esta escasez está tratando de ser respondida por un aumento en la producción cuantitativa mundial, pero esta respuesta a un problema mundial carece de coherencia y de una justa dirección.

La revolución en las ciencias biológicas que se está operando como consecuencia del avance de las ciencias y la tecnología ocurre por otra parte a un ritmo tan acelerado que aun los mismos investigadores médicos a dedicación exclusiva encuentran dificultades, y muy serias, para mantener al día sus conocimientos en áreas sumamente limitadas.<sup>6</sup> Existe pues, otro conflicto más: el de la adquisición de conocimientos que crecen cualitativa y cuantitativamente y el tiempo disponible para ello permanece en sus invariables determinaciones.

#### 1.4. *La revolución en las ciencias biológicas y las estructuras de las disciplinas médicas*

Esas realidades científicas, técnicas y sociales esbozadas, en torno a las cuales gravitan en toda su proyección y consecuencias los requerimientos médico-asistenciales y los contenidos nuevos del concepto salud, tienen una repercusión aún más compleja para la formación del *médico nuevo*, factor decisivo en la cadena de cambios: la problemática de transmitirle bajo

las nuevas condiciones el amplio bagaje de conocimientos médicos existentes, cuando el factor tiempo se mantiene sin modificaciones para la esfera cotidiana del hombre.

La solución de esta problemática global, contenidos de la revolución científica, revolución en las ciencias biológicas en particular y sus consecuencias inmediatas y mediatas, en lo que concierne a las Facultades (Escuelas) de Medicina, conllevan a un primer paso que tiene como fundamento una reestructuración del *curriculum*.

La inclusión de los nuevos conocimientos que demanda la vida contemporánea requiere una revisión crítica de las viejas disciplinas, y de su conjunto en los planes de estudio. Esto pudiera significar que la reestructuración de las nuevas disciplinas que den organicidad y coherencia a los contenidos viejos y nuevos de las ciencias médicas reduzcan y hasta eliminen las *formas tradicionales*, cuyos contenidos fueron surgiendo acumulativamente y yuxtaponiéndose independientemente de la realidad multidisciplinaria para donde se abre campo el avance científico contemporáneo.

La solución tradicional que se ha dado a esta contradicción ha sido en el mejor de los casos, el abrir "nuevas disciplinas" que para su coherencia formal exigían presentar temas repetidos en otras, con las consecuencias del recargo adicional; desde el punto de vista cognoscitivo se presentaban en el plan de estudios como islotes del conocimiento médico.

Por otra parte, la práctica médica que se había abierto paso históricamente por los conocimientos anatómicos, siguiendo la ley del proceso cognoscitivo en las ciencias, iba de lo más simple a lo más complejo, de lo más evidente a las realizaciones y procesos más complejos e íntimos del organismo viviente: iba de lo externo a lo interno. En este camino como ciencia teórica (biología) se desplazaba hacia investigaciones conexas con la física y la química, y trocándose ciencia (medicina) de la vida humana en sus causas inmanentes, rebasó entonces el alcance de su práctica médica original. En efecto, en los últimos años, el concepto enfermedad ha ido desliziándose desde el punto de vista del macrocosmos hacia el microcosmos; el énfasis actual en patología y en terapéutica se centraliza en la célula y el cambio prosigue hacia el nivel molecular. La enfermedad pierde paulatinamente su ubicación en el órgano y se establece en el interior de la célula. Este es el giro copernical de la biología médica, no se justifica por consiguiente el mantenimiento de extensos programas de anatomía que aún prevalecen en muchas Escuelas de Medicina del mundo, y que fue, no sin razón, un símbolo de la medicina por cuanto sobre ella había pivotado, desde la Edad Media, la práctica médica científica.

La modificación de las viejas disciplinas y los planes que la engloban debe hacerse teniendo en cuenta el otro factor subjetivo de los profesores tradicionalistas que encarnan el viejo espíritu médico. Es necesario incorporarlos a las corrientes renovadoras del pensamiento que se nutren de la revolución en las ciencias, de tal modo que puedan comprender el alcance de ese giro copernical de la biología médica e incorporarse conscientemente al desarrollo científico de las estructuras académicas.

Por otra parte como educadores, debemos recordar siempre que nuestro objetivo primordial no está en la sofisticación de los programas, sino en la calidad del conocimiento transmitido y que los programas son tan sólo medios utilizados para estimular la curiosidad y el deseo individual de apren-

der. Una vez la motivación ha sido encendida el estudiante necesita tiempo para documentarse, investigar y profundizar en las áreas de su mayor interés. De ninguna manera ese derecho fundamental debe ser coartado. Existe una renovadora tendencia general en las Escuelas de Medicina a alargar el tiempo libre de los programas médicos, utilizando criterios que permitan al estudiante realizar el trabajo de cada curso con la intensidad y dedicación requeridas.

De las consideraciones hechas se deriva: para que la revolución científica y tecnológica, que tan profundas modificaciones ha producido en la biología médica, pueda beneficiar a las masas que hoy día claman en todas las latitudes por una mejor participación de servicios médicos, se necesita, entre otras cosas, transformar radicalmente la educación médica.

## 2. PROCEDIMIENTOS CURRICULARES Y NUEVAS DISCIPLINAS BIOMÉDICAS QUE DEMANDA LA VIDA CONTEMPORÁNEA

El nivel científico y tecnológico alcanzado por el hombre de hoy aplicado a la investigación biomédica, ha determinado el desarrollo de un gran número de disciplinas nuevas, muchos de cuyos aspectos han tenido aplicación casi inmediata a la práctica médica. Sería prolijo enumerar todas y cada una de ellas. Si así se hiciese, la lista resultaría prácticamente interminable, corriéndose además el riesgo de que algunas quedasen sin mencionar.

El avance científico y tecnológico ha ocurrido a un ritmo tan acelerado, que actualmente no existe una visión definida de las nuevas disciplinas biomédicas, siendo difícil establecer los límites y el campo que ellas abarcan. Sirvan de ejemplo la inmunología y los trasplantes; la trasplatación de órganos y tejidos ha podido desarrollarse merced a la inmunología, ya que uno de los problemas capitales que se confronta en este tipo de disciplina lo representa el rechazo que se produce en el *recipiente* en contra de los órganos o tejidos trasplantados, de allí el que se estén buscando nuevos horizontes o soluciones al problema mediante la fabricación de órganos artificiales. Aun cuando no todos los órganos pueden ser sustituidos por artificiales, evidentemente que el corazón, el pulmón y hasta el mismo riñón podrán serlo, ya que sus funciones son parcial o totalmente mecánicas, no ocurriendo lo mismo con el hígado que es un verdadero laboratorio multidisciplinario por lo que los trasplantes de órganos naturales no pueden descartarse del todo y seguirán dependiendo por mucho tiempo de la inmunología. Otro ejemplo serían la medicina socializada y la demografía, una y otra tienen muchos puntos en común, siendo difícil establecer con propiedad límites precisos entre las dos.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), máximo organismo en materia de salud en el mundo, ha hecho pronunciamientos sobre muchas de las nuevas disciplinas biomédicas y la necesidad de su incorporación a los estudios médicos; algunos comités de expertos, dependientes del máximo organismo, han emitido informes técnicos relativos a algunas disciplinas tales como la Genética Humana, la Radiología y la Inmunología; a este respecto también algunos profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, han hecho pronunciamientos sobre disciplinas biomédicas tales como Inmunología, Genética Humana, Medicina Preventiva y Social,

Ingeniería Biomédica,<sup>7</sup> pero en torno a la mayoría de las nuevas disciplinas no hay pronunciamientos hasta la fecha y es que algunas de ellas, además, sólo están desarrollándose en muy contados países, tal es la medicina espacial donde sólo Estados Unidos de Norteamérica y la Unión Soviética pueden opinar con propiedad, quedando excluidos el resto de los países desarrollados.

Esta vorágine de ciencia y tecnología en la cual ha sido envuelta la medicina, tiene planteados al médico del presente y con mayor razón al médico del futuro así como a los responsables de la formación de estos profesionales, una compleja problemática. En relación con la parte que nos corresponde como formadores de profesionales de la medicina, es necesario e impostergable el establecer procedimientos *curriculares* que nos permitan incorporar toda esta serie de nuevos conocimientos que el médico debe saber acerca de la medicina y de las sociedades humanas.

### EL PROYECTO ACADEMICO

#### 3.1. Elementos Académicos

- 3.1.1. Oficinas de Educación Médica.
- 3.1.2. Cuerpo profesoral idóneo.
- 3.1.3. Departamento audiovisual.

#### 3.2. Fase del Diseño

- 3.2.1. Análisis de la situación general.
- 3.2.2. Formulación de las necesidades que deben ser satisfechas por medio del ejercicio profesional de la medicina.
- 3.2.3. Revisión de los objetivos de la educación médica.
- 3.2.4. Análisis de la situación académica actual.
  - 3.2.4.1. Análisis de los estudios médicos del pre-grado.
- 3.2.5. Diseño de un modelo curricular flexible.
- 3.2.6. Establecimiento de un programa de innovación docente que funcione con carácter estable.

### 3. EL PROYECTO ACADEMICO

No hay duda de que la incorporación de las nuevas disciplinas biomédicas que demanda la vida contemporánea a los estudios de medicina, requiere como premisa fundamental una revisión del curriculum para lo cual se tomen en cuenta todos los factores ya señalados anteriormente, así como también la introducción de nuevas estructuras y procedimientos académico-administrativos, el incremento de las técnicas de enseñanza en el nivel académico docente y el desarrollo de centros de investigación específicos y multidisciplinarios que faciliten, además de sus funciones específicas, los requerimientos del post-grado y los programas de innovación docente.

### 3.1. Elementos Académicos

Para lograr la planación adecuada del curriculum como fórmula para incorporar al mismo las nuevas disciplinas biomédicas que demanda la vida contemporánea, deberá contarse con los siguientes elementos académicos y cumplir con las tareas que se señalan en las fases del diseño.

La planificación cuidadosa del curriculum bajo estas condiciones requiere que las Facultades (Escuelas) de Medicina, cuenten con algunos elementos administrativo-docentes mínimos entre los cuales cabe señalar:

#### 3.1.1. Oficinas de Educación Médica

Estas dependencias constituyen organismos académicos entre cuyas funciones principales está la de brindar asesoría técnica en materia de educación a directivos de las instituciones en las cuales se forman profesionales de la medicina, y como auxiliar para los requerimientos del complejo educacional a nivel de estudiantes y profesores.<sup>8</sup> Hoy día existe en la conciencia de la mayoría —si no en todas— de los directivos, profesores, y estudiantes, la importancia de tales organismos y de la ayuda que brindan a la institución. Por esta razón día a día crece el número de Oficinas de Educación Médica en las Facultades (Escuelas) de Medicina Latinoamericana.

Estos organismos deben contar entre su personal con médicos y psiquiatras con sólidos conocimientos en educación médica general; trabajadores sociales, así como también, a licenciados en educación y psicología, con menciones de especialización en curriculum, psicopedagogía, sociopedagogía, técnicas de la instrucción y administración, etcétera.

#### 3.1.2. Cuerpo profesoral idóneo

Para los propósitos del tema que se está tratando es primordial el logro de un cambio de actitud en el profesorado, quien debe ser, por una parte, receptivo a las cuestiones que se plantean en torno a la necesidad de re-estructurar y modificar profundamente algunas disciplinas viejas, lo que podría llevar a la reducción y aún a la eliminación de algunas de ellas, lo cual debe preverse para la reubicación del profesorado. Hay que tomar muy en cuenta que algunos de los programas tendientes a la modificación curricular han fracasado en buena parte debido a la resistencia de los profesores a los cambios que es necesario introducir en cualquier carrera universitaria. La preparación del profesorado para hacerlo receptivo a cualquier cambio en la institución es otra tarea de las Oficinas de Educación Médica y en este sentido la responsabilidad deberá ser compartida con los Decanos y los Directores de Escuela.

En aquellas disciplinas biomédicas que vayan a ser introducidas al contenido programático de la carrera médica, los profesores deben recibir previamente la preparación adecuada dado que en ellos descansará, en buena parte, el éxito que pueda obtenerse al ser incorporadas a la programación de estudios en la Facultad o Escuela. Se requiere, por lo tanto, de la adecuada planificación de un programa de adiestramiento en los medios docen-

tes que se requieren y de becas para formación idónea de personal en estas nuevas disciplinas.<sup>9</sup>

### 3.1.3. *Departamento audiovisual*

Son indudables los servicios que un departamento de esta naturaleza brinda a cualquier institución educativa. La necesidad de creación de estos servicios aumenta cada día no sólo por el valor que intrínsecamente puedan tener como magníficos auxiliares docentes, sino también por la demanda creciente de solicitudes para cursar estudios médicos en las Facultades y Escuelas Latinoamericanas con escasos recursos económicos y la carencia de profesores principalmente en disciplinas básicas.

Es reconfortante el saber que la creación y desarrollo de estos departamentos a nivel de Escuelas o Universidades en América Latina, aumenta cada día.

## 3.2. *Fases del Diseño*

Dando por descontados los tres puntos que se han señalado (Oficinas de Educación Médica, Cuerpo de Profesores Idóneos y Departamento Audiovisual), se abordan las Fases del Diseño del Currículum.

### 3.2.1. *Análisis de la situación general*

Una de las fallas más serias de las teorías del diseño del currículum que se han popularizado entre los educadores latinoamericanos, y responsable de no pocos fracasos desalentadores es el omitir un análisis de la situación general en el contexto social particular donde surge empíricamente la exigencia de introducir cambios radicales en la educación a través de los nuevos diseños.

El hecho de la necesidad de los cambios se da empíricamente en la realidad de un contexto social que no marcha, o va a la zaga respecto a otros países que sirven de referencia, o está enfrentado a problemas para los cuales no tiene previstas las soluciones óptimas; pero su simple detección no es ni mucho el punto de partida si se quiere proceder bajo lineamientos científicos.

La originalidad, la objetividad, la capacidad de previsión científica, constituyen tres factores sin los cuales es infructuosa toda tarea curricular y sus determinaciones sólo pueden surgir del diagnóstico del contexto global afectado que se enraza en elementos socio-políticos y científico-culturales de toda una área social en transformación donde está incluida. El sentido y profundidad que deberá dársele a los cambios en un contexto social particular, dependerán de las incidencias hacia él de la situación general que no puede modificar, pero que necesita asimilar según sean las perspectivas de su desarrollo posterior.

Este análisis de la situación general, muchas veces intangible por cuanto su núcleo lo forman relaciones y procesos de la intrincada red social, científica y tecnológica, cuya otra cara es la situación particular en la cual cobra realidad social concreta, es una tarea que exige la concurrencia de

las más importantes disciplinas científicas tanto en el campo de las ciencias sociales como en las ciencias objetivas y metodológicas; de la seriedad y justo enfoque (cuestión ideológica) dependerá el que el curriculum pueda lograr:

- 1o. *La originalidad*, esto es, que no haya un trasplante mecánico de modelos curriculares por más éxitos que hayan sido en otro lugar y en otra época o que sean simultáneos en el tiempo pero bajo otra realidad social.
- 2o. *La objetividad*, esto es, que los currícula sean viables en su desarrollo por su adecuación de objetos, medios y fines a la realidad del contexto social particular.
- 3o. *La capacidad de previsión*, este es al final, el criterio de comprobación de la justeza del curriculum de su originalidad y objetividad y de su contenido científico. El diseño debe estar fundado en que los cambios que va a sufrir el contexto social van a serle más bien favorables, o si se quiere, mejor, que los cambios propuestos en el curriculum, van a cubrir las necesidades que el contexto social concreto en desarrollo exige objetivamente. Predicción entonces en las necesidades que va a satisfacer, no ahora, sino en el futuro más o menos lejano (3 a 8 años es la duración de las carreras) y durante un tiempo aún más prolongado en el cual tendrá que hacer efectiva la satisfacción de tales necesidades (la vida activa de un profesional es de por lo menos 35 años promedio).  
Esta capacidad de previsión debe tener un factor de corrección intrínseco que le dé su flexibilidad frente a los cambios no previstos en detalles.

Es indudable que si la necesidad del cambio se da empíricamente el análisis de la situación general tiene como primera tarea legitimar el planteamiento científico del problema para garantizar la validez de sus premisas. La introducción (Consideraciones Generales) a este trabajo, intenta dar un esbozo de la validez que tiene para los estudios médicos, el plantearse el diseño del curriculum bajo la presión de las nuevas disciplinas en la situación general.

### 3.2.2. *Formulación de las necesidades que deben ser satisfechas por medio del ejercicio profesional de la medicina*

La definición de estas necesidades implica un análisis de las exigencias que la sociedad actual impone en particular al médico y de la proyección de las tendencias de los requerimientos médicos, detectadas hacia el futuro, teniendo en cuenta los cambios estructurales y las transformaciones respectivas en todos los niveles, pues el estudiante que ingresa a la universidad no estará en condiciones de brindar su máximo aporte a la sociedad hasta después de 8 años de estudios y prácticas. Sus contenidos se remiten al análisis de la situación general.<sup>10</sup>

### 3.2.3. Revisión de los objetivos de la educación médica

Debe atenderse a los objetivos universales de la ciencia médica y combinarlos sabiamente con los objetivos trazados a nivel nacional y regional, tomando muy en cuenta la problemática en materia de salud de las colectividades y del país en su totalidad.<sup>11</sup>

La revisión de los objetivos de la educación médica debe estar en estrecha relación con los planes que las instituciones especializadas presentan para afrontar el problema de la salud (Ministerios, Institutos de Seguridad Social y similares). A este respecto es importante que las Facultades (Escuelas) de Medicina, en conjunto con otras Facultades de Ciencias Biológicas, teóricas y prácticas tengan mayor poder de participación y decisión en la política de esas instituciones, tal como lo señalan algunas Leyes de Universidades, pues es lógico suponer que el problema de la salud no es por sobre todo un problema político-social, sino una cuestión científico-social. En tal sentido luce inconcebible el divorcio existente en varios países latinoamericanos entre unos y otros a pesar de que el objetivo fundamental es común: contribuir a la conservación de la salud y el bienestar social del hombre.

A las Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, les corresponde jugar un papel muy importante a este respecto, ya que en ellas están actualmente representadas además de las instituciones educativas, los organismos de salud oficiales y los organismos gremiales.

En Venezuela existe el "Núcleo de Trabajo de Medicina", dependiente del Consejo Nacional de Universidades,<sup>12</sup> contemplado por la Ley de Reforma a la Ley de Universidades Nacionales, con representación mayoritaria de sectores que en una u otra forma están relacionados con la educación médica y la salud del pueblo venezolano, así como también con la planificación nacional a otros niveles.

A este respecto los nuevos diseños de curriculum deberían acompañarse de informes a las dependencias oficiales de alto nivel, recomendando todos aquellos cambios que exijan las perspectivas científicas planteadas en el curriculum.

Sea propicia la oportunidad para comentar aunque sea brevemente lo relativo a un concepto que hace muchos años atrás estuvo recorriendo los países latinos y que se llegó a considerar casi como un dogma, que lucía difícil de quebrantar. Se estableció que las Facultades (Escuelas) de Medicina debían darse a la tarea de formar el *médico que nuestros países necesitaban*,<sup>13</sup> considerando como tal a un médico integralmente formado, con un conocimiento amplio de la problemática en materia de salud, con una profunda sensibilidad y receptividad social, que pensase y actuase como un líder de la comunidad de tal suerte que pudiese actuar como un *factor de estabilidad social*, no sólo desde el punto de vista de la salud propiamente dicha, sino también en consideración a otros aspectos tales como los culturales, deportivos, económicos, educativos, etc.

El dinamismo y la evolución de las actuales sociedades —consecuencias derivadas del avance arrollador y hasta turbulento de la ciencia y de la tecnología en sus diferentes aspectos—, obliga a romper, o cuando menos a revisar seriamente el dogma: *el médico como factor de estabilidad social que el país necesita*, y a sustituirlo por otra concepción más acorde con la

realidad actual y la que deparará el futuro inmediato: las Facultades (Escuelas) deben darse a la tarea de formar *los médicos que necesitan y reclaman nuestras sociedades en una era de transformación*. Desde luego que muchos atributos del primero deberán ser conservados en el segundo.

El médico del mañana deberá formar parte no de un equipo de salud, sino más bien de un equipo de transformación social en el sentido más amplio y ambicioso de la acepción (*equipo multiprofesional y técnico, capaz de modificar integralmente la comunidad en la cual le corresponde actuar*).

### 3.2.4. *Análisis de la situación académica actual*

Esta es una de las tareas que requiere después del análisis de la situación general, mayor dedicación, tiempo y el aporte de una variedad de especialistas ya que es preciso acumular, procesar y evaluar una gran cantidad de información respecto a los planes y programas de estudios vigentes, programas de otros países, duración de estudios y en fin, todas aquellas experiencias que deben cotejarse con la situación general a efectos de extraer lo positivo ya contenido en ellas.

#### 3.2.4.1. *Análisis de los estudios médicos de pre-grado*

De acuerdo con el trabajo del Dr. Juan C. García<sup>14</sup> la educación en los países latinoamericanos hasta la obtención de la licencia para el ejercicio profesional, oscila entre los 16 y los 20 años, y en cuanto a los estudios médicos de pre-grado (haciendo exclusión de los estudios pre-médicos o generales e internado) propiamente dichos, oscilan entre 4 y 7 años (siendo de 5 años la duración más frecuente), no pareciendo guardar relación la duración de estos estudios con el número de horas-clases). El mismo autor señala que la información que sirvió de base no le permite afirmar que los médicos, con una duración en su formación de 7 años sean mejores que los formados en 4 años.

Es lógico pensar que los planes de estudios muy prolongados incidan desfavorablemente sobre los costos de la enseñanza (aún cuanto esto no ha sido determinado).

Además, se ha considerado que la necesidad de formación de médicos es grande en muchos países del mundo (incluyendo a la América Latina) y que esa demanda, con toda seguridad, aumentará en los próximos años, entre otras razones, por la tasa tan alta de crecimiento que existe en algunos de nuestros países.

Por todas estas razones no se debe seguir pensando en la necesidad de prolongar los estudios médicos de pre-grado con la inclusión de las nuevas disciplinas biomédicas a los programas de las Escuelas Médicas.

Aparte de las previsiones que pudieran tomarse a propósito de los señalamientos hechos anteriormente, sería conveniente a no dudar, el que se aumentase la dedicación de los profesores en beneficio de un mejor rendimiento estudiantil.

### 3.2.5. *Diseño de un modelo curricular flexible*

Tradicionalmente las universidades latinoamericanas se han caracterizado por la rigidez curricular, a lo cual desde luego no se han exceptuado las Facultades y Escuelas de Medicina. No ha sido sino prácticamente en las dos últimas décadas cuando esta rigidez ha sido quebrantada y afortunadamente esta tendencia parece generalizarse cada día más.<sup>15</sup> En esta conquista debe destacarse el papel que han jugado las Conferencias de Escuelas de Medicina de América Latina, auspiciadas por la Unión de Universidades de América Latina-UDUAL,\* las de las Asociaciones Nacionales de Facultades (Escuelas) de Medicina, fundamentalmente a través de Seminarios Nacionales o Regionales realizados periódicamente, y el trabajo de las Oficinas de Educación Médica.

La flexibilidad es sin duda una de las características más importantes de un curriculum ágil y dinámico. Dado el número tan crecido de nuevas disciplinas biomédicas y la necesidad de lograr su incorporación a los estudios médicos y considerando la recomendación de no alargar la duración de la carrera, no existe otra alternativa que recurrir a las bondades que ofrece la flexibilidad en la estructura curricular para lograr el objetivo fundamental que se propone. Este régimen académico permite organizar sin mayores problemas los cambios que implica la incorporación de los nuevos conocimientos.

La incorporación de las nuevas disciplinas biomédicas necesitará no sólo la reestructuración de las disciplinas tradicionales de las cuales se ha hablado, sino también la revisión de aquellas disciplinas que sin ser tradicionales, se desarrollaron en épocas no muy recientes, principalmente las del grupo de las llamadas asignaturas básicas (Bioquímica, Fisiología, Farmacología, etc.).

A los propósitos de su inclusión en los programas de Medicina, las nuevas disciplinas podrían clasificarse en fundamentales y especiales.

Las primeras son aquellas que por su naturaleza deben ser conocidas por todo médico contemporáneo (o futurista), tales como son los casos de la Genética, la Inmunología, etc. Mientras que las segundas son las que no tienen porque ser del conocimiento de todos los profesionales de la medicina, tales como la Cirugía Cardiovascular, Medicina Especial, Computerología Biomédica, etc.

Quizás si dentro de estos grupos pueda considerarse la posibilidad de establecer sub-grupos. Aun cuando esto es discutible, se podría señalar que no tienen el mismo peso específico (permítase la expresión) para la práctica médica, la Genética que la Endocrinología (en el grupo de las disciplinas fundamentales) o la Medicina Vial y la Computerología Biomédica (en el grupo de las especiales).

\* I Conferencia, México, D. F., 1957.

II Conferencia, Montevideo, Uruguay, 1960.

III Conferencia, Viña del Mar, Chile, 1962.

IV Conferencia, Pozos de Caldas, Brasil, 1964.

V Conferencia, Lima, Perú, 1967.

VI Conferencia, Guatemala, 1969.

En relación con las fundamentales bien pudiera seguirse el esquema de enseñar sus aspectos básicos en los primeros años de la carrera, mientras que la parte aplicada se enseñaría en los últimos años o en sucesivos niveles crecientes. En cuanto a las especiales, por su naturaleza misma se enseñarían como electivas en el pre-grado (en los últimos años de la carrera) y además durante la residencia y cursos de especialización respectivos.

Para la enseñanza de las electivas en el pre-grado, se requiere adoptar la modalidad curricular que clasifique las asignaturas del pensum en obligatorias (requisitos de la carrera) y electivas (que sirvan de base a las menciones de las cuales se hablará a continuación). (Ver Gráfica No. 1).

Las primeras (obligatorias) representarían entre el 75 y el 80 por ciento de los créditos (en el caso de que éste sea el régimen académico utilizado), mientras que las segundas (electivas) representarían entre el 20 y el 25 por ciento restante.

Las fundamentales pueden enseñarse ya se use el sistema curricular que se acaba de señalar y que contempla varias menciones, o el sistema aún vigente en la inmensa mayoría de las Facultades y Escuelas de Medicina del mundo y que sólo contempla una mención de pre-grado (Ver Gráfica N° 2).

El sistema de menciones múltiples responde en parte a la concepción de "formación de los médicos que necesita el país"; y para el establecimiento o creación de las mismas se debe atender fundamentalmente a las exigencias de la colectividad (sociedad) en materia de salud y a los programas de las instituciones encargadas de los servicios de salubridad (Ministerios de Salud e Institutos de Seguridad Social).

Sin pretender, ni mucho menos que las menciones que a continuación se señalan atiendan a todas las necesidades de una colectividad (sociedad) actual y a los programas de salud que sobre ellas se tenga pensado desarrollar, en otras palabras, sin ser el reflejo de la realidad de uno cualquiera de los países latinoamericanos, ellas pueden servir de guías o modelos:

*MODELO I*

*Menciones*

MÉDICINA RURAL	
MÉDICINA OPERATORIA (o MÉDICO QUIRÚRGICA)	Cirugía General y Obstetricia
MÉDICINA CLÍNICA (no OPERATORIA)	Medicina Interna y Pediatría
ADMINISTRACIÓN SANITARIA	Psiquiatría
	Salud Pública
CIENCIAS BÁSICAS	Medicina Analítica *
	Anatomía Patológica

\* Bioquímica, Fisiología, Radiobiología, etc.

*MODELO II*

*Menciones*

MÉDICOS PARA ATENCIÓN RURAL	
MÉDICOS PARA ATENCIÓN URBANA DE TIPO INSTITUCIONAL	Cirugía General y Obstetricia
	Medicina Interna y Pediatría
	Psiquiatría
MÉDICOS PARA LA ADMINISTRACIÓN	Sanitaria
	Educativa
MÉDICOS ANALISTAS	

De los egresados de los modelos propuestos sólo los de la mención "Medicina Rural" ejercerían la profesión inmediatamente en las comunidades rurales. Los pertenecientes a las menciones restantes, obligatoriamente deben continuar su formación mediante el sistema de residencia (o internado y residencia de acuerdo a la modalidad seguida en cada país y Escuela) y cursos de especialización.

Existiendo tanta variación en los estudios médicos de un país a otro y a veces hasta dentro de un mismo país, de unas Escuelas a otras (en cuanto a duración de la carrera, consumo de estudios, sistemas de enseñanza, etc.), no es posible aplicar este modelo tal y como ha sido descrito, de una manera general, pues para ello habría que hacer los ajustes y modificaciones necesarios.

Las señaladas quizás no sean las únicas menciones que puedan y deban establecerse (ellas variarían en los distintos países y comunidades), pero los modelos descritos pueden servir de base general de las nuevas disciplinas biomédicas a los estudios de medicina. Esta tarea, justo es reconocerlo, no es nada fácil si se quiere lograr en forma adecuada, ya que son muchos los obstáculos a salvar, pudiendo contar entre ellos a veces, hasta las propias leyes de educación (o leyes de universidades).

Se ha señalado que la universidad latinoamericana se ha caracterizado tradicionalmente por la rigidez e inflexibilidad de los sistemas curriculares, lo cual ha constituido verdaderamente un obstáculo insalvable en algunas oportunidades para la incorporación de nuevas disciplinas biomédicas. Prueba fehaciente de esta aseveración podría señalarse dando como ejemplo la Medicina del Trabajo, cuyo desarrollo ha sido extraordinario en las últimas décadas y cuya importancia para la medicina actual es indudable, dado el incremento laboral e industrial por el cual atraviesan muchos países latinoamericanos, pero que a pesar de los argumentos expuestos aún no ha sido incorporada a muchas Facultades (Escuelas) de Medicina.

Consecuencia de lo expuesto es que la mayoría de los médicos latinoamericanos no están adecuadamente preparados para atender a las demandas cada vez más exigentes de la sociedad, no sólo en cuanto al orden cuantitativo sino también en el orden cualitativo. Los medios de comunicación social llevan a la mayoría de los hogares de esta sociedad muchas de las conquistas logradas en el campo de la medicina y las gentes aspiran a que esas conquistas (métodos diagnósticos y terapéuticos) les sean aplicados en la restauración de su salud.

La función de las Facultades (Escuelas) de Medicina no puede seguir siendo como hasta ahora en relación con sus egresados, con quienes después de hacerles entrega de la correspondiente certificación como profesionales de la medicina, se pierde todo contacto ulterior, quedando prácticamente abandonados a su suerte ni realizar actividades tendientes a mejorar sus conocimientos y capacitación.

Aparte de las previsiones que pudieran tomarse a propósito de los señalamientos hechos anteriormente, sería conveniente a no dudar, el que se aumentase la dedicación de los profesores en beneficio de un mejor rendimiento estudiantil.

### 3.2.6. *Establecimiento de un programa de innovación docente que funcione con carácter estable*

Las Facultades (Escuelas) de Medicina deben establecer programas de extensión que tengan como objetivo fundamental la educación continua del graduado, con miras a revisar y actualizar sus conocimientos, en atención al avance de la medicina en todas sus áreas.<sup>16</sup>

La mayoría de las Facultades (Escuelas) de Medicina han concentrado sus actividades y recursos en los programas de pre-grado, quedando en plano secundario la investigación científica, los cursos de post-grado y de educación continua. Esta última puede cumplirse mediante el desarrollo de actividades de diferente orden y magnitud y pueden resumirse así:

10. Dictar cursos de introducción y actualización en nuevas disciplinas biomédicas con la finalidad de hacer del conocimiento de los médicos en general los avances de la medicina.
20. Efectuar Conferencias, Mesas Redondas, Coloquios, etc., sobre las nuevas disciplinas biomédicas, sus posibilidades de aplicación a la práctica profesional y las implicaciones de todo orden que de ello se deriven. Estimular las publicaciones sobre tópicos científicos referidos a las diferentes especialidades.
30. Distribuir amplia y profusamente las publicaciones médicas científicas (cartas científicas, periódicos, revistas, monografías, etc.) a todos los médicos del área de influencia de la Facultad (Escuela).

Esas actividades deben cumplirse no sólo en el ámbito de la Facultad (Escuela) sino también y preferentemente en los sitios de trabajo de los médicos (hospitales, centros de salud, medicaturas rurales, etc.), empleándose para ello el personal más calificado de la Institución.

Para efectos de cursos de post-grado es preciso puntualizar las grandes orientaciones del profesorado que se desee tener, haciendo el análisis de prioridades para áreas y no por asignaturas, ya que es conveniente rotar al profesor por diferentes asignaturas o niveles de la misma, dentro del área de su especialidad.

A objeto de lograr un curriculum ágil, dinámico y adecuado a la realidad social en materia de salud, es necesario nutrirlo con los hallazgos que se vayan obteniendo en las tareas de investigación que se cumplan en la Facultad (Escuela), tanto en las disciplinas médicas propiamente dichas, como en el campo de la educación médica.

Los hallazgos de investigación que se obtengan en las disciplinas médicas, al incorporarse al curriculum de la Escuela de Medicina, darán al estudiante los conocimientos y herramientas necesarios para abordar con éxito los problemas de salud regionales. Mientras que aquellos que se obtengan en educación médica se utilizarían como uno de los más importantes parámetros para evaluar la efectividad del sistema. Por medio de la información obtenida puede verificarse el grado de exactitud con que se cumplen los objetivos trazados, y al mismo tiempo, conocer la reacción de estudiantes, profesionales y organismos, a fin de adaptar continuamente el proceso formativo al acelerado cambio social la labor de las Escuelas de Medicina. Si bien es cierto que en relación a los últimos señalamientos hechos, son las

Oficinas de Educación Médica las que deben fomentar este tipo de actividades, no es menos cierto que todos los profesores de la Institución también deben desarrollar labores de investigación en educación médica.

De esta manera será posible abordar con éxito la gran tarea de incorporar las nuevas disciplinas biomédicas de la vida contemporánea a los estudios médicos, requisito indispensable para que el médico de hoy y del futuro puedan cumplir con la tarea que les está señalada en la sociedad a la que pertenece y para lo cual realmente no está adecuadamente preparado el grueso de los médicos latinoamericanos.

#### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 4.1. La revolución que se está operando en este siglo xx en el campo de las ciencias, modificará en el futuro inmediato el concepto *salud*, siendo éste sobre el cual gira la formación científica y la práctica del profesional médico.
- 4.2. Las consecuencias de esta revolución científico-tecnológica no han sido captadas en todo su sentido por los que tienen responsabilidades pedagógicas, ni por los organismos gubernamentales en los países latinoamericanos. Es imperativo el dar comienzo a las reformas que coloquen al médico latinoamericano en vías de cumplir su papel social en la América Latina que se perfila desde ya: científicamente sólida, tecnológicamente a la par del resto del mundo y socialmente reivindicadora de una estructura donde la Salud del Hombre sea su justificación.
- 4.3. La revolución en las ciencias biológicas producirá profundas modificaciones no sólo sociales sino también psicológicas, de acuerdo al control social que se ejerza sobre los avances científicos y sus aplicaciones a través de la tecnología al ser humano, cuyos propios desarrollos estarán condicionados por los cambios que la sociedad sea capaz de engendrar tanto en la organización de la vida comunitaria como en la conciencia.
- 4.4. En todas partes del mundo manos hambrientas claman por una mejor y más amplia protección médico-asistencial; y aun cuando todas las naciones están empeñadas en ello y siendo grandes los esfuerzos que se realizan en ese sentido, ninguna sin embargo, dispone de los recursos necesarios para hacer frente y satisfacer tales demandas. Esta situación desde luego, está también vigente plenamente en América Latina.
- 4.5. La revolución que se está operando en las ciencias biológicas, ocurre a un ritmo tan acelerado que aun los médicos a dedicación exclusiva tienen serias dificultades para mantener al día sus conocimientos en áreas limitadas. Existe pues un conflicto entre lo abultado de los conocimientos y el tiempo que se dispone para incorporarlos.

Las realidades científicas, técnicas y sociales de nuestro mundo actual y las del futuro en torno a las cuales gravitan en toda su proyección y consecuencias los requerimientos médico-asistenciales y los contenidos nuevos del concepto *salud*, tienen una repercusión aún más compleja para la formación del *médico nuevo*, factor decisivo en la cadena de cambios: la problemática de transmitirle bajo las nuevas condiciones

el amplio bagaje de conocimientos médicos existentes, cuando el factor tiempo permanece sin modificaciones para la esfera cotidiana del hombre.

4.6. *La solución de esta problemática global, contenidos de la revolución científica, revolución en las ciencias biológicas en particular y sus consecuencias inmediatas y mediatas, en lo que concierne a las Facultades (Escuelas) de Medicina, conllevan a un primer paso que tiene como fundamento una reestructuración del curriculum.*

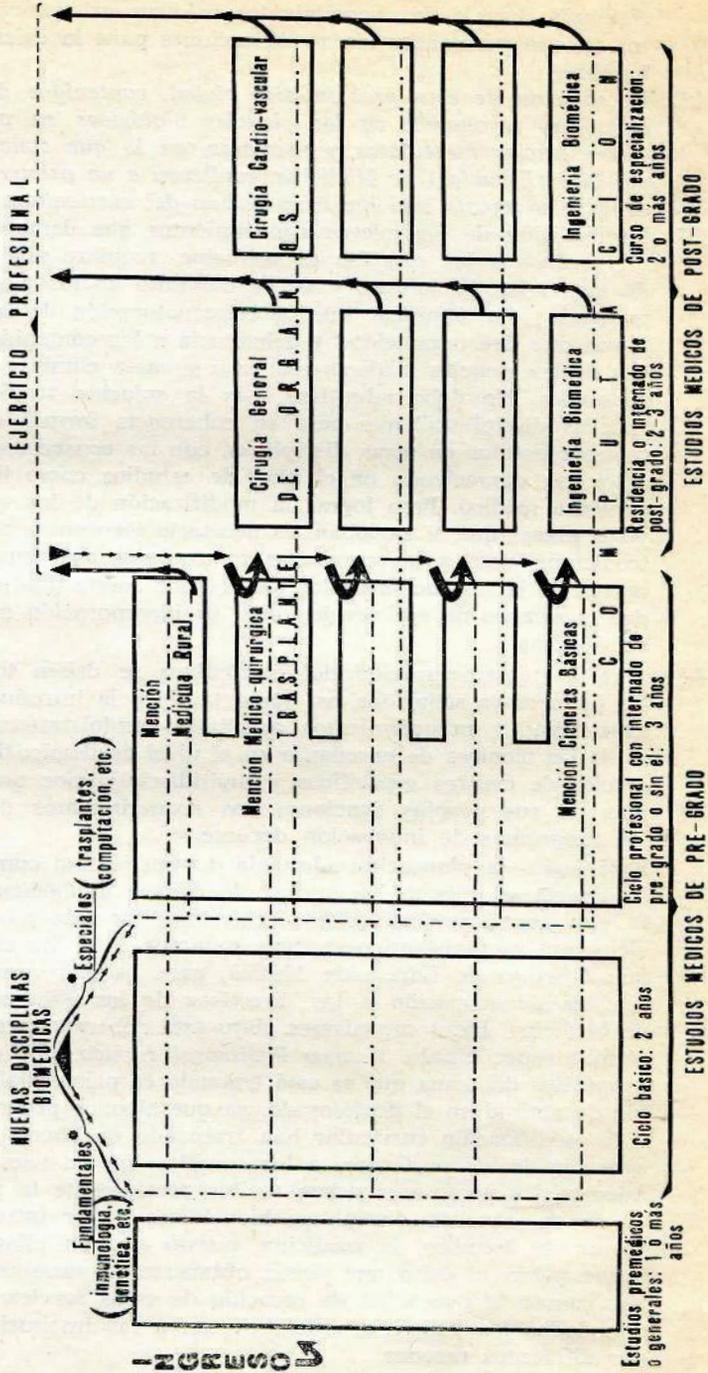
4.7. La inclusión de los nuevos conocimientos que demanda la vida contemporánea a los estudios de medicina, requiere una revisión crítica de las viejas disciplinas, y de su conjunto en los planes de estudios pudiendo esto significar que la reestructuración de las nuevas disciplinas que den organicidad y coherencia a los contenidos viejos y nuevos de las ciencias médicas reduzcan y hasta eliminen las formas tradicionales. No debe admitirse más la solución tradicional de abrir "nuevas disciplinas" que para su coherencia formal exijan presentar temas repetidos en otras disciplinas, con las consecuencias del recargo adicional, apareciendo en el plan de estudios como islotes del conocimiento médico. Para lograr la modificación de las viejas disciplinas y los planes que la engloban, es necesario incorporar a los "profesores tradicionalistas" a las corrientes renovadoras del pensamiento que se nutren de la revolución en las ciencias, de suerte que puedan comprender el alcance de esa revolución y su incorporación a las estructuras académicas.

4.8. Para la reestructuración del curriculum se deben tomar en cuenta los factores ya señalados, así como también la introducción de nuevas estructuras y procedimientos académico-administrativos, el incremento de las técnicas de enseñanza en el nivel académico-docente y el desarrollo de centros específicos y multidisciplinarios que faciliten, además de sus propias funciones, los requerimientos del post-grado y los programas de innovación docente.

Para lograr la planeación adecuada del curriculum como fórmula para incorporar al mismo las nuevas disciplinas biomédicas que demanda la vida contemporánea, deberá contarse por una parte, con algunos elementos administrativo-docentes mínimos entre los cuales cabe señalar: *Oficinas de Educación Médica*, para brindar asesoría técnica en materia de educación a los directivos de las Facultades y Escuelas de Medicina. Estos organismos claro está deberán contar con personal técnico especializado. *Cuerpo Profesorado Idóneo*, por cuanto para los propósitos del tema que se está tratando es primordial lograr un cambio de actitud en el profesorado, ya que algunos programas tendientes a la modificación curricular han fracasado en buena parte por la resistencia de los profesores a los cambios que es necesario introducir. Además, los profesores deben recibir previamente la preparación adecuada en aquellas disciplinas biomédicas a ser introducidas en los planes de estudios de medicina, puesto que en ellos descansará en buena parte, el éxito que pueda obtenerse. *Departamento Audiovisual*, por cuanto la necesidad de creación de estos servicios aumenta cada día, dados los beneficios que reportan a las instituciones educativas, por diferentes razones.

# GRAFICA N°1

**MODELO QUE EXPLICA EN FORMA OBJETIVA LA INCORPORACION DE NUEVAS DISCIPLINAS A LOS ESTUDIOS DE MEDICINA:  
PERFIL CURRICULAR CON VARIAS MENCIONES**



4.9. Por otra parte, deben cumplirse con las tareas que se señalan en las fases del diseño del currículum:

- a) *Análisis de la Situación General*, referida al contexto social particular, pues es aquí donde surge empíricamente la necesidad de introducir cambios radicales en la educación a través de los nuevos diseños. Esta tarea exige la concurrencia de las más importantes disciplinas científicas.
- b) *Formulación de Necesidades*, a ser satisfechas por el ejercicio profesional de la medicina, en base a las exigencias que la sociedad impone.
- c) *Revisión de los Objetivos de la Educación Médica*, la cual debe hacerse atendiendo a los objetivos universales de la ciencia médica, combinando a los de nivel nacional y regional, girando sobre la problemática que en salud pública presenten las comunidades siempre en estrecha relación con los planes estatales. Las Facultades (Escuelas) de Medicina, deben intervenir en la elaboración de estos planes de salud.
- d) *Análisis de la Situación Académica Actual*, el cual debe acumular, procesar y evaluar una gran cantidad de información en relación a planes y programas de estudio locales y de otros sitios, duración de los estudios, etc.

Dentro de este análisis debe incluirse:

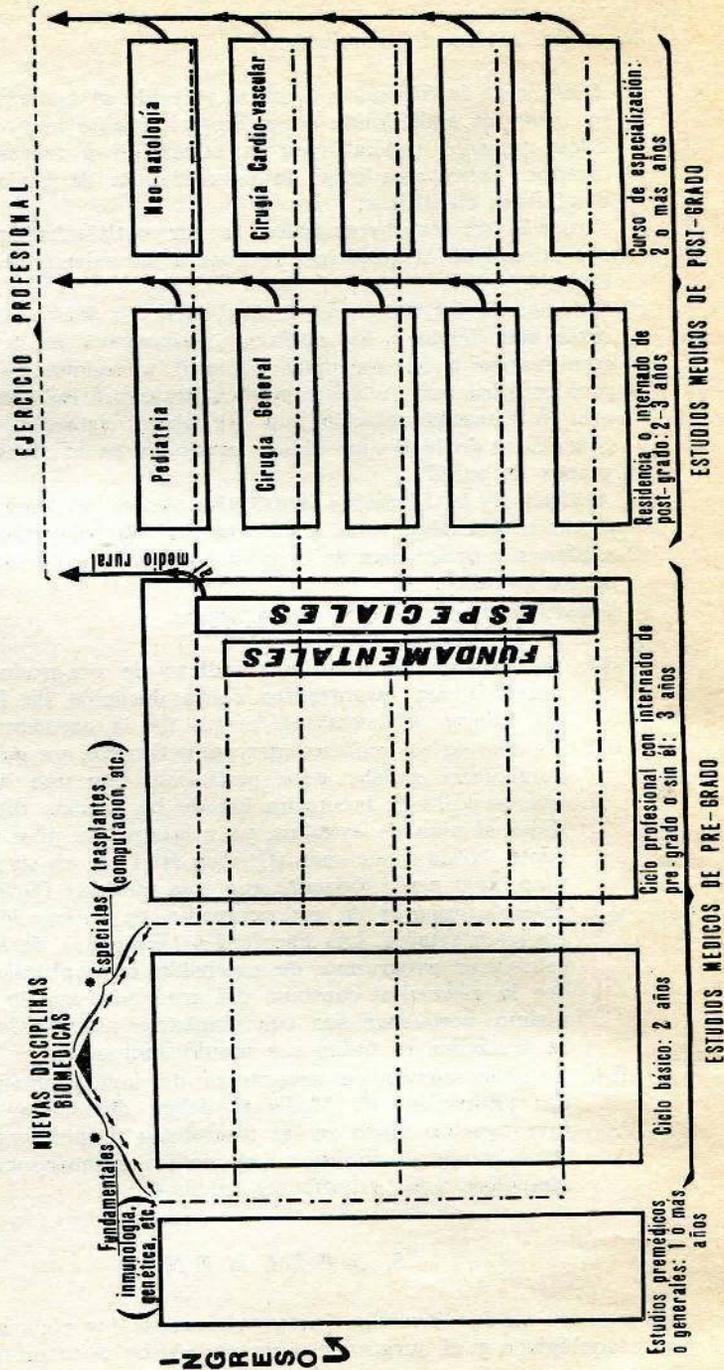
- d.1. Análisis de los estudios médicos de pre-grado, contemplando aspectos tan importantes como duración de la carrera (*que no deberá prolongarse*), costos de la enseñanza, etc.
- d.2. Diseño de un modelo curricular flexible, ya que el tradicional currículum rígido, debe restituirse por uno ágil y dinámico que permita la incorporación de las nuevas disciplinas biomédicas al plan de estudios, ya mediante un plan cuyo perfil presente varias menciones (Gráfica N° 1), o en su defecto, por un plan cuyo perfil presente una sola mención (Gráfica N° 2).
- d.3. Establecimiento de un programa de innovación docente con carácter estable. Las Facultades (Escuelas) de Medicina, deben establecer programas de extensión cuyo objetivo fundamental sea la educación continua del graduado, que le permita a este último, actualizar sus conocimientos atendiendo al avance de la medicina en todas sus manifestaciones.
- d.4. Establecimiento de programas de investigación. Las Facultades (Escuelas) de Medicina deben desarrollar programas de investigación tanto en las disciplinas propiamente dichas como en el campo de la educación médica e incorporar los hallazgos obtenidos a los estudiantes médicos.

## 5. R E S U M E N

Los avances en las investigaciones teóricas de las ciencias, los mismos logros tecnológicos y el surgimiento de novedosos acontecimientos sociales

## GRAFICA Nº 2

**MODELO QUE EXPLICA EN FORMA OBJETIVA LA INCORPORACION DE NUEVAS DISCIPLINAS A LOS ESTUDIOS DE MEDICINA: PERFIL CURRICULAR CON UNA SOLA MENCION**



han sido de tal magnitud y se suceden tan vertiginosamente, que se hace necesario, para el médico en particular, reestructurar sus valoraciones científicas, ideológicas y filosóficas para salvar lo catastrófico que bajo otras perspectivas tradicionales aparentan ser para el destino del hombre.

El campo de las ciencias biológicas es quizás uno donde están los más sorprendentes adelantos tecnológicos y las concepciones teóricas más audaces que llegan incluso a tocar las valoraciones éticas y los esquemas morales, y "amenazan" con poner término a la utopía de la *creación artificial de la vida*. Por otra parte, el proceso del desarrollo social incide paradójicamente, por sus múltiples contradicciones, en las posibilidades reales de hacer de los adelantos de la medicina un bien social general. En cierta medida y bajo ciertas condiciones, los propios avances científicos son los que repercuten a su vez en el ser social estimulando aspectos de su desenvolvimiento contradictorio.

La necesidad apremiante de adecuar los centros científicos de formación médica a estas nuevas condiciones, es el deber fundamental de quienes tienen responsabilidades pedagógicas. La formación de un *médico nuevo*, capaz de ser enfrentado exitosamente a esa realidad, se presenta como una exigencia perentoria.

Satisfacer las nuevas exigencias por parte de las Facultades (Escuelas) de Medicina, significa una reestructuración del curriculum, tanto por la necesidad de la inclusión de las nuevas disciplinas biomédicas surgidas, como por resolver el problema tiempo-hábil, para la adquisición de todo el constante material científico que surge y se acumula caóticamente frente a los viejos esquemas curriculares y sus dogmáticas opciones.

El desarrollo en corto tiempo de un gran número de disciplinas nuevas imposibilita en estos momentos la evaluación total de ellas. De algunas disciplinas biomédicas desarrolladas concomitantes a otras investigaciones geo-físicas, nucleares y espaciales resulta casi imposible conocer sus logros, contenidos iniciales, por el carácter restringido de las informaciones que emanan de los respectivos centros de investigación.

Pese a todas estas limitaciones para la formulación de los nuevos contenidos de las recientes disciplinas, y por supuesto, para la inclusión en *pensa* de Facultades (Escuelas) de Medicina, a nivel de pre-grado o post-grado, están trabajando denodadamente diversos centros internacionales (OMS) y nacionales. A este respecto esta ponencia presenta anexos, los resúmenes de los trabajos monográficos que como colaboración científica a su preparación, realizaron profesores investigadores de esta Facultad de Medicina (LUZ).

Esta situación hace impostergable el establecer en los procedimientos curriculares la flexibilidad necesaria para ir incorporando toda esta serie de nuevos conocimientos de modo adecuado y racional en la medida que avancen y sean asequibles a la práctica médica generalizada.

Tomando en cuenta la situación anteriormente expuesta se propone una estructura metódica del diseño del curriculum que contempla la introducción de nuevas estructuras y procedimientos académicos administrativos, el incremento de las técnicas de enseñanza en el nivel académico-docente y el desarrollo de centros de investigaciones específicas y multidisciplinarios que faculten, además de sus funciones específicas, los requerimientos del post-grado y los programas de innovación docente. Se destacan en esta fase:

Los *Elementos Académicos*, tanto administrativos como docentes que habría que contemplar en algunos casos como exigencias totalmente nuevas, tales como las Oficinas de Educación Médica, Cuerpos Profesorales Idóneos y Departamentos Audiovisuales a través de los cuales se aspira a cumplir con los requerimientos de organización y docencia, acordes con los adelantos en las concepciones administrativo-académicas y la incorporación de las técnicas modernas a la par de la idoneidad en lo docente.

En las fases del diseño se señalan una serie de tareas que, siendo por una parte pasos que guían la investigación del problema (Método), reflejan bajo otro aspecto una concepción (Teoría) que la coherencia, racionalidad a la práctica educativa que está propuesta.

Estas fases comprenden:

Análisis de la situación general, Formulación de las necesidades que deben ser satisfechas por medio del ejercicio profesional de la medicina, Revisión de los objetivos de la educación médica, Análisis de la situación académica actual con una referencia específica al pre-grado, Diseño de un modelo curricular flexible con la inclusión de dos alternativas. Finalmente se establece un programa de innovación docente que funcione con carácter estable.

## C I T A S

- 1 Cf. LEDERBERG, J. *La salud en el mundo de mañana*. Washington, OPS, 1969. 16 p. (OPS publicación científica No. 175).
- 2 CHAUCHAUD, P. *La creación evolutiva*. p. 71. Barcelona, Fontanella, 1966.
- 3 Cf. KLOTZ, H. La Medicina en el año 2000. En: Djian J., ed. *La medicina contemporánea*. México, Siglo veintiuno, 1969, p. 317-323.
- 4 Cf. ELLIS, J. Medical education in the service of mankind. Proceeding of the Third World Conference on Medical Education New Delhi, 1966 Final address. *J. med. educ.* 43: 284-319, Feb'68. (En inglés, francés y español).
- 5 Cf. VENEZUELA. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. *Manual normativo para auxiliares de enfermería y otro personal similar voluntario*. 6 ed. Caracas, 1968.
- 6 Cf. BRITO, A. *La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea*. (Inédito).  
CALWELL, J. M. Free time in the medical curriculum. *J. med. educ.* 44: 510-514, Jun'69.  
SYMPOSIUM on human genetics in public health. Minneapolis, Minn., August 9, 10, 11, 1964. *Human genetics in public health*. Conducted by Center for Continuation Study of the General Extension Division. Minneapolis, University of Minnesota, 1964. 119 p.  
O.M.S. Quinto informe del Comité de Expertos en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. *Introducción de la medicina de las radiaciones en los planes de estudios de las Escuelas de Medicina*. (No. 155), Ginebra, 1958. 24 p.  
O.M.S. Comité de Expertos en Enseñanza de la Inmunología. *La enseñanza de la inmunología en las Escuelas de Medicina*. Ginebra, 1967. 48 p.
7. Cf. SERRANO H. *Importancia de la enseñanza de la inmunología en las escuelas de medicina latinoamericanas*. (Inédito).  
VILLALOBOS, H. *Unidad Regional de genética médica*. Anteproyecto. Maracaibo, 1970. 64 p.  
BRITO, A., Opus Cit.  
GOMEZ Padrón, F. *El papel de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina latinoamericanas*, con especial referencia a la Escuela de Medicina de LUZ. (Inédito).
- 8 Cf. CARDENAS Padrón, N. *Proyecto para la reorganización de la Oficina de Orientación y su transformación en Oficina de Educación Médica*. Maracaibo, Universidad del Zulia, Facultad de Medicina, Oficina de Orientación, 1969. 13 h.

- 9 Cf. VILLALOBOS, H., y otros. *Formación de personal docente y de investigación en la Facultad de Medicina de LUZ.* (Inédito).
- 10 ILLINGWORTH, C. The effect of scientific and technological advance on medicine - Its implications for medical education. *J. med. educ.* 43: 176-181, Fb'68.  
LONG E. C. La educación de hoy para la práctica del mañana. *Educ. méd. salud* 2: 240-254, J1/Sp'68.
- 11 Cf. POPPER, II. New objectives in medical education. *Ann N. Y. Acad. Sci.* 128: 473-479, 1965.  
BING, R. J. Editorial: Why change the medical curriculum? *J. med. educ.* 42: 883-885, Sp'67.  
JACOBSON, E. D. Revolution in the medical curriculum. *J. med. educ.* 42: 1081-1086, Dc'71.  
DUROCHER, R. T. Formulación de objetivos. *En sus lineamientos para el desarrollo del plan de estudios de odontología.* Washington, O.P.S., 1970. p. 26-29. (Documento No. HP/DH/1).  
FUNKENSTEIN, D. H. Implications of the rapid social changes in universities and medical schools for the education of future physicians. *J. med. educ.* 43: 433-434, Ap'68.
- 12 Cf. VENEZUELA. Leyes y decretos. Ley de reforma parcial de la ley de universidades. Sept. 2 de 1970. *Gaceta oficial de la República de Venezuela No.* 1429 extraordinario: 123, 8 Sp' 70.
- 13 Cf. OBJETIVOS de las escuelas de medicina. *En: Seminario nacional sobre educación médica en Venezuela.* 1º, Mérida, 19-25 de junio de 1960. Mérida, Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, 1961. p. 43-46.
- 14 Cf. GARCIA, J. C. Características generales de la educación médica en la América Latina. *Educ. med. salud* 3: 267-316, Oc./Dc. 69.
- 15 Cf. HUDGENS, R. W., and Guze, S. B. Experience with new curriculum and elective year at Washington University School of Medicine. *J. med. educ.* 45: 906-917, Nv.'70.  
NOYA Benítez, J. La planificación del nuevo currículo. *Buhiti* (Río Piedras, P. R.) 1 (2): 4-40, Oc/Dc'70.  
QUERIDO, A. Planning for the new medical faculty of Rotterdam. *J. med. educ.* 45: 393-402, Jn.'70.  
UNIVERSITY of Miami. School of Medicine. *Student clinical electives and research programs.* 4 ed. Coral Gables, Fla., 1969. 59 p.
- 16 Cf. INFORME conjunto del Tema III: Perfeccionamiento del graduado. *En: Seminario nacional de educación médica.* 3º Maracaibo, 22-28 de enero de 1967. Caracas, AVEFAM, 1967. p. 165-171.  
FERNANDEZ Auvert, H. *Formación de personal de salud ante las necesidades de la seguridad social.* s.p.i. 25 p. (Ponencia presentada al Seminario Grancolombiano sobre Seguridad Social y Educación Médica, Quito, noviembre de 1969).

### OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ASOCIACION Colombiana de Facultades de Medicina. Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia. *Investigación nacional de morbilidad: evidencia clínica.* Bogotá, 1969. 110 p.
- ATCHLEY, D., Changing patterns of medical education. *J. med. educ.* 41: 325-331, Ap.'66.
- BASIL, L. A., y otros. *Universidad ded uulia. Universidad Latinoamericana* 1538-1980. s.p.i. v. 1,2.
- BROWN, J.H.U., and Stone, F. L. Manpower in the basic medical sciences. *J. med. educ.* 44: 12-7, Jn.'69.
- COHEN, W. J. Medical education and physician manpower from the national level. *J. med. educ.* 44: 12-17, Jn.'69.
- CHIAPPO, L. Review and analysis of problem in medical education in Latin American. *En: Krevaus, J. R. and Cendlife, P.-G., eds. Reform of medical education.* Washington, National Academy of Sciences, 1970. p. 6-14.
- CIILLE. Ministerio de Salud Pública. *Recursos humanos de salud en Chile; un modelo de análisis.* Santiago de Chile, 1970. 325 p.
- DEMPSEY, E. W. Changing patterns of science. *J. med. educ.* 41: 311-317, Ap.'66.
- FAMILY Planning. (A symposium). *The practitioner* 205 (1225): 1-137, J1.'70.
- GABALDON, A. Los servicios sanitarios y el desarrollo socio-económico en la América Latina. *Bol. inform. Dir. Malariai Saneam Ambiental* 10 (1/2): 25-47, Fb./Ap.'70.
- GARCIA, J. C. *Características generales de la educación médica en América Latina.* 1969. 53 h.
- HUBBARD, W. N., Gronvall, J. A., and Demuth, G. R., eds. The medical school curriculum. *J. med. educ.* 45 (11, pte. 2): 3-161, Nv.'70.

- JIMENEZ Navas, H. *Consideraciones conceptuales acerca de la creación de facultades de ciencias de la salud y participación de odontología*. Maracaibo, Universidad del Zulia, Facultad de Odontología, 1971. 12 p.
- JUDY, R. W. *Análisis de sistemas de diseños de alternativa de una facultad*. Trad. por Beatriz A. de Khan y E. Kelemen G. París, OECD, 1968. p. varia.
- KNOWLES, J. H. The quantity and quality of medical manpower. A review of medicine's current effort. *J. med. educ.* 44: 826-832, Sp.'67.
- LUGINBUHL, W. H., and Andrews, E. C. A new curriculum: its evolution, desing, and imple- mentation. *J. med. educ.* 42: 826-832, Sp.'67.
- Mc KUSICK, V. *Mendelian inheritance in man: catalogs of autosomal dominante, autosomal recessive, and X-linked phenotypes*. 2 ed. Baltimore, John Hopkins Press, 1968. 521 p.
- Mac LEOD, C. M. Society challenges to the medical school. *J. med. educ.* 43: 425-432, Ap.'68.
- MENSH, I. N. Changing patterns of medical education in France. *J. med. educ.* 42: 1101-1110, Jl.'67.
- MILLER, G.E. et al. *Enseñanza y aprendizaje en escuelas médicas*. Buenos Aires, Alfa, 1969. 316 p.
- NORMAS Operativas del programa de formación de especialistas con base en las residencias docentes hospitalarias*, Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, MSAS, Colegio de Médicos del Edo. Zulia, 24 Artc., Maracaibo, 1968.
- O.P.S. Depto. de Desarrollo de Recursos Humanos. *Educación médica*. Washington, 1969, 16 h. (Documento preparado para la XIX Reunión del Consejo Directivo, Washington, 1969)
- ORDÓÑEZ Plaja, A., y otros. La comunicación entre el médico y el paciente en las consultas externas. *Educ. med. salud* 3: 217-257, Jl./Sp.'69.
- PAREDES Manrique, R. y otros. *Reorientación de la educación médica en Colombia*. Bogotá Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1970. 34 p.
- SEMINARIO Nacional de Educación Médica. 2, Caracas, 1964. Mérida, Venezuela, Universidad de Los Andes, 1964. 280 p.
- SEMINARIO Nacional de Educación Médica. 4, Cumaná, 1969. Caracas, AVEFAM, 1969. 172 p.
- SEMINARIO Nacional de Educación Médica. 5, Maracay, 1971. *Tema único: Estudios generales uni- versitarios en la formación de los profesionales de la salud. Relato final*. 13 p.
- SEMINARIO viajero sobre organización de escuelas de medicina de América Latina*. 1º, Ribeirao Preto, Brasil, etc., 1962. Washington, OPS, 1963. 64 p. (OPS, publicaciones científicas Nº 79).
- TERRY, L. L. Changing patterns of disease. *J. med. educ.* 41: 305-310, Ap.'66.
- UNIVERSIDAD del Zulia. Escuela de Educación, Maracaibo. *Plan académico 1971-1974*. Maracaibo, s. f. 113 p.
- UNIVERSIDAD del Zulia. Facultad de Medicina, Maracaibo. *Reforma universitaria*. s.p.i. 20 h.
- UNIVERSIDAD del Zulia. Facultad de Medicina. Depto. de Medicina Preventiva y Social. *Informe anual correspondiente al año 1969*. Maracaibo, 1970. p. varia.
- UNIVERSIDAD del Zulia. Junta de Planificación Universitaria, Maracaibo. *Documentación técnica*. Maracaibo, 1964. p. varia.
- UNIVERSIDAD del Zulia. Junta de Planificación Universitaria, Maracaibo. *Informe abril 1962-junio 1964*. Maracaibo, 1964. 334 p.
- VENEZUELA. Oficina Central de Coordinación y Planificación. *IV Plan de la nación. Programación de la salud*. Caracas, 1970 2 v.
- VILLARREAL, R. Editorial: Problemas y tendencias de la educación médica en la América Latina. *Educ. med. salud* 3: 259-266, Oc./Dc.'69.
- WORLD Conference on Medical Education. 3, New Delhi, 1966. *Medical education in the service of manking* Evanton, Ill., American Medical colleges, 1968 (Special issue of *The journal of medical education*, February 1968). 223 p.

COMENTARIOS OFICIALES AL TEMA III

LA ENSEÑANZA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LAS NUEVAS  
DISCIPLINAS QUE DEMANDA LA VIDA CONTEMPORANEA

Comentaristas oficiales:

DR. GERALDO SIFFERT\*

DR. EDUARDO PELAYO\*\*

\* Director (Decano del Centro de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil.

\*\* Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Habana, Cuba.



## COMENTARIO OFICIAL

DR. GERALDO SIFFERT

El magnífico trabajo del profesor Heber Villalobos, muestra muy bien la elevada calidad de su intelecto; su actualización frente a los modernos problemas que constituyen la actual frontera de la biología, frontera que paradójicamente se desplaza cada vez más, debido a que los nuevos descubrimientos dan lugar a nuevos conceptos y éstos a su vez a nuevos descubrimientos, en este nunca acabar que es la investigación biológica y por su loable preocupación por el futuro del hombre y de aquellos encargados de velar por su salud. En una brillante y bien encadenada serie de raciocinios plétóricos de vigor, enfoca el autor los cruciales problemas formulados por los últimos progresos de las ciencias biológicas y sus repercusiones en la enseñanza de la medicina.

El profesor se entusiasma como nosotros, con los avances ya conseguidos en la creación artificial de la vida y en la elucidación de los fenómenos mentales, y nos habla de una nueva "síntesis de lo biológico, de lo psíquico y de lo social" así como de la respuesta "fuera de las comprobaciones empíricas sectoriales" al gran tema totalizador de la filosofía actual: el hombre.

El autor de estos comentarios respeta y admira tales afirmaciones mas cree que la última palabra sobre el hombre y su esencia jamás será formulada por el propio hombre. Y sobre la creación de seres humanos en laboratorio, fuera del vientre materno, faltan aún muchas etapas para comenzar a pensar en tal posibilidad. La mención del problema de la creación artificial de la vida humana, sirve para reavivar el interés por una nueva lectura del "Brave New World" de Aldous Huxley, escrito en 1931, en el cual es descrita una época en que el mundo sería poblado por seres generados en laboratorios, de acuerdo con rigurosos estudios de genética y de físico-química. Releyendo el libro, encuentro una anotación que yo había hecho en la última página, en ocasión de la primera lectura, hace más de tres décadas: "Qué triste mundo sería aquel de seres humanos —o de apariencia humana— hechos en laboratorios y condicionados para las distintas tareas. No sería un mundo para ser admirado, como el que Miranda descubrió en el acto V de la 'Tempestad' de Shakespeare; Aldous Huxley armó muy bien la trama de su fantasía, que está bien urdida, sin embargo,

la lectura del libro con pasajes de humor negro, es deprimente. Las citas de Shakespeare muy bien escogidas forman deliciosos oasis." Lamentamos verificar que varias de las previsiones hechas por A. Huxley en 1971 ya se realizaron, y que algunas cosas escritas por él, 27 años después en "Brave New Revisited", también están ocurriendo.

No vamos por ello a darle un diploma de futurologista eficaz: ya que muchas de las cosas mencionadas no sucedieron y otras no mencionadas y de gran valor surgieron en el mundo. Antes de morir en 1963, él mismo había reconocido estas fallas. Para los que gustan leer sobre futurología y aventuras en el reino de la biología y del comportamiento social (entre los cuales me incluyo, a veces), H. Laborit presenta un buen material ("L'homme Imaginant" y "L'Agresivité Detournee") ambos de la U.G.E., París, 1970. Creemos que la previsión del futuro próximo no sea fácil ni segura, que la previsión a plazo medio será más difícil e incierta y que la previsión a largo plazo escapa a nuestras capacidades de raciocinio.

Tantas cosas surgen de tantos y variados campos, tantos hechos nuevos e inesperados nos sorprenden todos los días en la vasta e ilimitada serie de conocimientos del hombre, tantos factores imponderables pasan a ser ponderables, que hallamos imposible el intento de prever un futuro remoto.

El problema de las nuevas disciplinas exigidas por el progreso de las ciencias y por las necesidades de la vida contemporánea, ha sido preocupación de sucesivos grupos de trabajo que por varios años he tenido la honra de presidir en calidad de Decano del antiguo Centro de Ciencias Médicas, ahora Centro de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, la PUC. R. J. Institución a la que transfiero el mérito y honra de mi invitación par participar como comentarista de este tema III.

El Centro de Ciencias de la Salud se compone de los siguientes Departamentos:

- Departamento de Biología
- Departamento de Patología
- Departamento de Medicina Social
- Departamento de Medicina Interna
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Pediatría
- Departamento de Enfermería
- Departamento de Odontología

El Centro de la Salud proporciona:

- Cursos de Pre-grado
- Cursos de Especialización o de perfeccionamiento
- Cursos de Maestría
- Cursos de Doctorado

en los siguientes ramos:

- Ciencias Biológicas, modalidad Médica

Medicina  
Enfermería  
Odontología

Estamos en vías de desarrollo, completando los planes ya estructurados y formulando nuevos planes, para su ejecución oportuna.

Veamos, pues, las nuevas disciplinas, creadas o en vías de creación en varios cursos que ya tenemos o que esperamos poner a funcionar en breve.

Como no tenemos más Facultades ni Escuelas, el alumno se matricula en las disciplinas curriculares ofrecidas por los Departamentos y va haciendo, cumpliendo las prelación los créditos exigidos, pudiendo hacer su curso en mayor o menos tiempo. Para el Bachillerato en Ciencias Biológicas, el mínimo es de 3 años y el máximo de 5 años. Para Medicina, mínimo de 5 años y máximo de 9 años. En los 4 primeros semestres hay una serie de asignaturas comunes a todos los alumnos del Centro de Ciencias de la Salud (Ciencias Biológicas, Medicina, Enfermería, Odontología).

El curso de Bachillerato en Ciencias Biológicas busca la preparación de:

- I. Patologistas Clínicos, Jefes de Laboratorio de Investigación Clínica (Pasantía de 6 meses en Laboratorios Hospitalarios).
- II. Investigación del área Bio-Médica (Pasantía de 6 meses en Laboratorios Universitarios).
- III. Profesores universitarios del área de Ciencias Básicas después del de maestría o doctorado, de 24 a 36 meses de duración.

Este 3er. ítem es muy importante, sirve para: Preparar profesores de Biofísica, Bioquímica, Anatomía, Histología, Citología, Genética, Evolución, Microbiología, Inmunología y Virología, Parasitología para las 76 Facultades de Medicina, 43 Escuelas de Odontología y 38 Escuelas de Enfermería existentes en el Brasil.

El currículo mínimo del curso de Bachillerato en Ciencias Biológicas establecidos por al Resolución 107/69 del Consejo Federal de Educación, incluye nuevas disciplinas como citología, Genética, Embriología, Evolución, Ecología y Matemáticas. Más adelante haremos mención de estas disciplinas, y entre las disciplinas por nosotros incluidas en el currículo completo de este curso, tenemos nuevas disciplinas como Inmunología Psicofisiología.

Introducción a la Ciencia de los Computadores, de los que hablaremos al final de esta exposición.

Los cursos de Maestría o Doctorado en Ciencias Biológicas incluirán varias disciplinas dictadas en otros departamentos de otros centros de la PUC. R. J. algunas nuevas, otras ya conocidas pero dictadas sólo en ciertas ocasiones en el área de la salud.

El curso de Maestría en Anatomía, contará entre otras, las siguientes disciplinas:

Antropología y Antropometría  
Morfología General de los Vertebrados

Anatomía Comparada  
Evolución III  
Embriología III  
Estadística

En cuanto a los que hicieren el curso de Maestría en Biofísica cursarían, entre otras, las siguientes disciplinas:

Mecánica Cuántica I  
Mecánica Cuántica II  
Física del Estado Sólido  
Física Nuclear

Además de las materias obligatorias hay otras materias reglamentarias (Estudios Brasileiros, la Fe y el Hombre Moderno, Moral Cristiana, etc.) y las electivas. Hay también, materias obligatorias para todos los que hicieren el curso de maestría o doctorado a saber:

Didáctica  
Metodología de la Investigación.

La tesis tanto de maestría como de doctorado, será presentada y definida después que el candidato cubra todos los créditos de su plan de estudios e hiciera su pasantía. Esto incluye un mínimo de 6 horas semanales de trabajo del candidato como auxiliar del profesor, en la preparación de clases teórico-prácticas, demostraciones y otras actividades didácticas de los cursos de pre-grado de su materia.

En el Brasil el currículo mínimo de la carrera de medicina, exigido por el Consejo Federal de Educación-Resolución 506/69 —consta de materias básicas y profesionales. Entre las materias básica están las tradicionales (Anatomía, Fisiología, etc.) y otras ahora exigidas: Citología, Genética, Evolución y Embriología e Inmunología.

Entre las materias profesionales están las normales: Introducción al Examen Clínico, Bases de la Técnica Quirúrgica y de Anestesia, Patología y Clínicas de Órganos y sistemas, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Psiquiatría, Medicina Legal y Deontología y Estudios de la Salud de las colectividades. Esta última disciplina quedó estructurada, así, en nuestro Centro de Ciencias de la Salud (4 semestres).

- I. Introducción. Teoría de Sistemas. El individuo como sistema: El sistema de la Salud. Salud y desarrollo. Evolución de las profesionales de la salud. Estadística aplicada a la Salud.
- II. Demografía. Medidas demográficas. Estimaciones de población. Tasas de morbilidad. Análisis decesos por causas. Indicadores de la salud.
- III. Epidemiología. Conceptos y usos. El proceso generador del fenómeno salud-dolencia, el agente; el portador y el ambiente. Endemia y Epidemia. Método Clínico. Medidas de Prevención y control.

IV. Administración, Situación de la salud en el Brasil. Diferencias regionales. Estructuras de los sistemas de salud. El sistema de salud en el Brasil. Nivel Federal. Competencia y estructura. Las campañas de ámbito nacional. Nivel estatal. Competencia. Estructura. Regionalización. Nivel local. Competencia tipos de unidades, actividades básicas. Administración de la asistencia médica. El Hospital. El sistema brasileiro de asistencia médica. Planificación sectorial de la salud. Programación de actividades.

En los cursos de especialización para médicos que vienen siendo dictados regularmente, desde 1953, y que tienen una duración de 1 a 3 años, fueron creadas nuevas disciplinas, las cuales quedarán entre las 38 que ofrecemos a saber: Administración Hospitalaria, Alergia, Anatomía Patológica, Anestesiología, Angiología, Bacteriología Aplicada, Cardiología, Cirugía de la cabeza y del cuello, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Dermatología, Diabetología, Dolencias Pulmonares, Endocrinología, Gastroenterología, Ginecología, Inmunología Aplicada, Laringobronco-esofacología, Medicina Nuclear, Medicina del Trabajo, Neuro-Cirugía, Neurología, Neumología Pediátrica, Obstetricia, Oftalmología, Ortopedia, Otoneuro-oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Proctología, Puericultura, Radio Diagnóstico, Radioterapia, Rehabilitación y Fisioterapia, Reumatología, Urología y Bioquímica Aplicada.

Cuando fueron creadas las siguientes disciplinas, no estaban incluidas en ningún curriculum. Algunas de ellas aún tienen estas características y son las siguientes: Angiología, Cirugía de la cabeza y del cuello, Cirugía Pediátrica, Diabetología, Inmunología Aplicada, Laringobroncoesofagología, Medicina Nuclear, Medicina del Trabajo, Neurología Pediátrica, Otoneurooftalmología, Reumatología.

¿Y por qué fueron individualizadas estas disciplinas de especialización y no otras? Para la creación metódica de nuevas disciplinas seguimos los criterios siguientes:

- 1) Encuentro en la actividad clínica corriente, de pacientes que presentan determinado conjunto de problemas propios, en número suficiente para justificar atención especial por parte de los médicos.
- 2) Acumulación y progresiva complejidad de métodos, recursos técnicos y procesos para atender dichos problemas; y la imposibilidad de que cualquier profesional de la medicina o cualquier especialista domine con seguridad tales procesos, recursos técnicos y métodos.
- 3) Existencia en hospitales de servicios destinados a atender tal grupo de pacientes por médicos o cirujanos que se dedican exclusivamente a tales tareas.
- 4) Dictado de cursos en estos servicios mencionados y realización de reuniones regulares sobre la materia en cuestión, con asistencia frecuente de médicos o cirujanos interesados.
- 5) Existencia de sociedades nacionales e internacionales, destinadas al estudio de tales materias con Congresos o Reuniones científicas sobre las mismas. Así como la publicación de tratados manuales o revistas especializadas sobre el asunto.

Creo que debe ser oportuno dar ciertas informaciones sobre algunas de las nuevas asignaturas creadas para nuestros cursos del área de la salud, contando con la cooperación de los otros centros de nuestra Universidad, pudimos partir para realizar ciertas iniciativas o innovaciones.

Con mucha habilidad, el profesor Villalobos se refiere (pág. 186) al hecho de que a la Revolución en las Ciencias Biológicas alcanza también el aspecto psicológico y los conocimientos científicos de la naturaleza del psique, haciendo la integración de lo psíquico y de lo fisiológico. Pues en nuestro Currículum de Medicina y de Ciencias Biológicas ya disponemos de la asignaturas siguientes, ofrecidas por el Departamento de Psicología:

PSI 1191. PSICOFISIOLOGÍA. Fundamentos neurofisiológicos de la actividad psíquica. Psicofisiología de la percepción, de la memoria y del aprendizaje, de la motivación y de la emoción, de la atención, de la conciencia y de la voluntad. Conceptos bioquímicos en Psicofisiología (2-0-0).

PSI 1294. PSICOLOGÍA MÉDICA. Objeto y métodos de la Psicología Científica. Los campos de la Psicología Aplicada. La Psicología Médica y su evolución histórica. El problema de la relación cuerpo-mente y la Neuropsicología, Teoría de la personalidad: estructura, desarrollo y dinámica. Los tipos psicológicos. Psicopatología. Neuropsicología y Psicoanálisis. La medicina psicosomática.

La relación médico-paciente. Fundamentos teóricos del Psicodiagnóstico y de la Psicoterapia (3-0-0).

PSI 1295. FUNDAMENTOS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL. Las teorías del desarrollo psicológico del niño: psicoanalíticas, cognoscitivas y de comportamiento.

Factores genéticos y ambientales en psicopatología infantil. Disturbios de conducta y problemas de escolaridad. Neurosis y Psicosis infantiles, Oligofrenias y síndromes psicoorgánicos. Patología psicosomática en la infancia (4-0-0).

Disponemos también de otras asignaturas tradicionales:

PSI 1090 — PSICOLOGÍA GENERAL (4-0-0)

PSI 1290 — PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD (3-0-0)

PSI 1291 — PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO (4-0-0)

El magnífico trabajo del profesor Villalobos contiene tres apéndices de gran valor, fina calidad y definida importancia.

El profesor Helman Serrano define muy bien los nuevos conceptos sobre Inmunología, mostrando la expansión de sus fronteras y sus implicaciones con todas las disciplinas médicas y biológicas. Tenemos perfecta capacidad para entender el trabajo del profesor Serrano y alabarlo con entusiasmo, pues en nuestra Universidad somos los primeros en la enseñanza de la Inmunología en un principio a nivel de post-grado; esa asignatura fue creada en 1959 y desde entonces es regida por el profesor Francisco de Paula Da Rocha Lagor, quien es el actual Ministro de la Salud del Brasil. Y actualmente tenemos Inmunología también al nivel del pre-grado.

El profesor Francisco Gómez Padrón elaboró un resumido y substancial apéndice sobre Medicina Preventiva y Social que sirve muy bien de guía para tales estudios. En nuestra Universidad tales asuntos pertenecen al

Departamento de Medicina Social y están localizadas en dos asignaturas: Estudios de la Salud de las colectividades y Medicina del Trabajo.

Tenemos Medicina del Trabajo dictada a nivel de pre y post-grado, enfocando higiene y seguridad del trabajo, tratamiento y recuperación de pacientes con enfermedades profesionales, etc. La materia Estudios sobre la Salud de las colectividades se desarrolla en cuatro semestres de acuerdo a lo ya descrito.

El profesor Angel Brito se ocupó con brillantez, del fascinante tema "Ingeniería Biomédica", capítulo nuevo y que invade avasalladoramente, los dominios de la Medicina Tradicional. En nuestra Universidad disponemos de un activo equipo de Ingeniería Biomédica, así como de investigadores y docentes en los ramos de la Biofísica, de la Estadística de la Matemática y de la Informática. A todos ellos les mostramos el apéndice escrito por el profesor Brito, y de todas recogimos críticas favorables de la manera como había sido presentado el tema. Nos agradó unificar que los requisitos de matemáticas propuestos por el profesor Brito están incluidos en las asignaturas dictadas en nuestros currícula por los profesores del Departamento de Matemáticas, a saber:

#### MAT 1114

Progresión Aritmética y Geométrica, logaritmos, análisis combinatorio, binomio de Newton determinantes y sistemas de ecuaciones lineales.

MAT 1115 — MATEMATICAS A: Pertenencia, inclusión, unión, intersección, complemento, producto cartesiano. Función unívoca de un conjunto en otro: dominio, contradominio, imagen, Gráfico de funciones reales y simples: funciones envolviendo valor absoluto y envolviendo la parte entera de la variable. Función lineal. Geometría analítica: ecuación de la recta, del círculo, de la parábola a hipérbola. Límites de las funciones. Operaciones con límites. Funciones continuas (4-20).

MAT 1116 — MATEMATICAS B; Reglas de derivación, derivada de función compuesta; de función inversa; regla de Hospital. Teorema de Valor Medio. Funciones trascendentes. Integración: integral indefinida, áreas planas, concepto de integral definida, teorema fundamental, propiedades de la integral, integral impropia, técnicas de integración, integral de las funciones trigonométricas (4-2-0).

Las asignaturas referentes a la Estadística son dictadas en el Departamento de Estadística a los alumnos de Ingeniería, Economía, Psicología, Educación y Letras, y ahora a los alumnos del área de la salud. En la parte médica la enseñanza de la Estadística comprende su aplicación en los estudios de los fenómenos, la planeación de las investigaciones, el análisis de los problemas de Demografía y Epidemiología, etc.

En la parte referente a computadores, en nuestra Universidad estamos en una situación realmente privilegiada, puesto que nuestro Departamento de Informática es el mejor equipado de toda América Latina, disponiendo de los siguientes sistemas, con todos los equipos auxiliares:

- Sistema I B M 360/40 (Memoria: 64 K palabras)
- Sistema I B M 7044/1401 (Memoria: 32 K palabras)
- Sistema I B M 1130 (Memoria: 8 K palabras)

Y a partir de diciembre de 1971, el extraordinario IBM 370/165.

Desde 1964, se vienen haciendo en este Departamento, trabajos, sobre el uso de los computadores en las Ciencias Médicas. Los alumnos comienzan por ser informados sobre lo que es y lo que no es un computador, desmistificándolo y mostrando su valor real, que es grande y crece cada día. Esto se obtiene a través de la materia INF 1001, dictada en el Departamento de Informática:

INF 1001 — INTRODUCCIÓN A LA CIENCIA DE LOS COMPUTADORES: Conceptos básicos. Programación en un computador hipotético PUC — 007 algoritmos y flujogramas. Estudio completo del lenguaje FORTRAN IV (Satfor). Aplicaciones numéricas básicas: raíces de ecuaciones; integración, sistemas de ecuaciones lineales. Aplicaciones no numéricas: manipulación de caracteres, variaciones lógicas (3-1-0).

Sobre el programa —ejemplo citado por el profesor Brito, nuestros profesores de informática dicen que se trata de un programa informativo de metodología extremadamente diversificada en computación que requiere la colaboración de varios profesores.

Un programa que contenga un abordaje más formativo debe incluir:

- I. INF 1001 — INTRODUCCIÓN A LA CIENCIA DE LOS COMPUTADORES (3-1-0).
- II. Tratamiento no numérico de información (recuperación de informaciones).
- III. Curso más orientado hacia la matemática discreta.

Conforme ya anuncié, estamos en la fase de reformulación y construcción de las estructuras del Centro de Ciencias de la Salud de la PUCRJ. Los objetivos del Centro de Ciencias de la Salud han sido ampliados en la debida consideración las palabras del profesor Villalobos (pág. 197) al enfocar la tradicional posición del médico como factor de estabilidad social y la necesidad de formar los médicos reclamados por nuestras sociedades en esta era de transformación.

Acentúa el profesor que el médico del futuro deberá agregarse a un equipo de transformación social, equipo multiprofesional y técnico.

Habiendo asistido a la IX Reunión Anual de la Asociación Brasileira de Escuelas Médicas (ABEM), del 4 al 7 de septiembre de 1971, en Curitiba, pude intercambiar allá muchas ideas con directores y decanos de otras Escuelas. Pude verificar que varias de nuestras ideas sobre organización curricular ya estaban siendo usadas o intentadas y sus primeros resultados presentados. Entre los valiosos trabajos presentados en esa oportunidad, se destacó el de Arauca, Arauca y Pnotti, de la Universidad de Campinas, en donde se analiza el esquema evolutivo de las nuevas Escuelas Médicas del Brasil. Entienden estos autores que la Sociedad Global pasa por una serie de procesos que se reflejan en sus instituciones, en este caso, en sus Facultades de Medicina. Comentan que básicamente la enseñanza en las Facultades de Medicina era totalmente fragmentada y la Cátedra o el Departamento tenía dentro del horario establecido, libertad de acción sin tomar en consideración lo que había sido enseñado antes, lo que era enseñado con-

comitantemente y lo que irá a ser enseñado después. Y observan que la Facultad Tradicional vive cerrada dentro de sus muros, indiferente a la realidad social. En cuanto a la Facultad innovada será una Organización Racional de Prestación de Servicios. Este trabajo del joven grupo de Campinas despertó mucho interés y suscitó muchos comentarios. Para nosotros de la PUC. R.J. donde no hay ya más Facultades, ni Escuelas, ni Cátedras, pero sí cursos estructurados con toda la flexibilidad, con la cooperación de Departamentos de varios Centros —fue un placer verificar la que estábamos dentro de los conceptos más modernos y capacitados para enfrentar de manera eficiente y provechosa la importante tarea social que nos toca.

No creemos sin embargo, que solamente la nueva organización curricular va a ser la salvadora de la situación. No basta con eliminar antigüedades, introducir novedades, evitar repetición (muchas veces conflictivas) de asuntos en cátedras separadas. Es necesario y mucho, reformular dentro de la buena didáctica la manera como una disciplina es enseñada.

Abolimos las clases magistrales, de mucha retórica (o de palabrerío y sin la retórica misma) e instituímos el estudio con participación de los alumnos, seminarios, discusiones en grupo.

Enfocamos con interés el paciente de *ambulatorio*, en las fases iniciales de la enfermedad y el estudio de factores profesionales, ambientales y familiares en la génesis de la enfermedad y en la estructuración del tratamiento, comprendida la fase de recuperación de la salud del paciente. Pero esto es ya otro asunto, a saber, nuevas maneras de enseñar viejas asignaturas —y aquí estamos invitados para comentar el tema de las nuevas disciplinas del curso médico exigidas por la vida contemporánea.

Consciente de que buenos resultados saldrán de nuestro encuentro, dejo aquí de nuevo mi agradecimiento por la honra que me han soncedido al ser llamado para opinar en tan docto concilio.



## COMENTARIO OFICIAL

DR. EDUARDO PELAYO

Es insoslayable el enfrentamiento a la Revolución Científica y Tecnológica que se desarrolla a pasos de gigantes en nuestro siglo, por todos los que de una manera u otra tiene la responsabilidad de orientar la política de educación en Ciencias para la Salud. Llevar a cabo ésto, en países subdesarrollados, comporta tener que superar múltiples barreras que van desde las de orden económico, hasta las de carácter subjetivo. Es quizás esta última, el obstáculo más difícil; ya que requerirá de la *sensibilización* de profesores, funcionarios e inclusive estudiantes, mediante información masiva y discusión frecuente de la necesidad de producir los cambios y transformaciones en nuestros centros de enseñanza e investigaciones que nos ponga a tono con estas realidades.

Los adelantos tecnológicos en ciencias biológicas y las posibilidades que se vislumbran de esta Revolución Científica a través de esa forma de "ingeniería de los seres humanos", no nos debe apartar del HOMBRE como tal; por ello, estamos de acuerdo que el "hombre piensa con su cerebro" y diremos que piensa según un determinismo cada vez más preciso y captable, debido al avance, no menos revolucionario, de la Sociología y sobre todo la Psicología Social.

Para nosotros, al igual que plantea en su ponencia el profesor Villalobos, es fundamental que el médico adquiera una dimensión integral del hombre; de lo contrario, correríamos el peligro de obtener un médico altamente "tecnologizado", pero muy poco humanizado y por tanto, fuera del contexto social, económico y político que lo rodea.

Consecuente con estos principios nuestra Facultad ha emprendido desde hace dos años la transformación total de su curriculum adoptando la Enseñanza Integrada de conocimientos, haciendo énfasis en los elementos básicos que permitan al futuro médico la incorporación adecuada del caudal de conocimientos que crecen vertiginosamente, es decir, una enseñanza que se plantea dar formación y no información masiva al estudiante. Al mismo tiempo, desarrollamos una amplia política de investigaciones para sustentar estos propósitos. Por último, y con el fin de permear a este médico en la dimensión integral del hombre, hemos introducido en dicho curriculum la Unidad General "El Hombre y su Medio" que abarca aspectos Psico-

Bio-Sociales. Esta Unidad General, durante los primeros años de estudio abarca las siguientes sub-unidades: Concepción Materialista del Mundo; Salud, Conducta y Factores Sociales; Metodología Científica y Estadística Básica y finalmente Personalidad. Cada una de estas sub-unidades incluye actividades prácticas que el alumno realiza, no en los estrechos y artificiales límites del aula o laboratorio, sino en el contexto real de las familias, comunidades, servicios de salud, policlínicos, centros de trabajo, etc. Deberá aplicar "encuestas", "medir" crecimiento, desarrollo y maduración en niños de familias asignadas por el Policlínico; estudiar esas familias integralmente; asistir a consultas de especialidades, donde, bajo la supervisión del Docente; realiza Historias Psico-Sociales, etc.

El abordaje teórico que sustenta todo el quehacer del alumno, se hace a través de técnicas de grupo, requiriendo y estimulando la motivación del mismo, que se ve afrontando a una participación insolayablemente activa.

Esta Unidad, además, va permeando todas las Unidades Lógicas de Conocimiento morfofisiológicas a lo largo de las distintas Fases de la Carrera.

Los objetivos que nos proponemos podrían expresarse brevemente así: Modificar la habitual imagen de los estudiantes que conciben la Medicina como una ciencia biológica exclusivamente, cambiando sus actitudes al respecto.

Combatir la pasividad frecuente de los estudiantes, forzándolos a una actividad que no sólo abarca los trabajos prácticos, sino el abordaje de los temas teóricos.

Incorporar en ellos una concepción científica, que los aleje del mero pragmatismo en el ejercicio profesional, estimulando la inquietud investigativa. Después de dos años de aplicación de estas iniciativas estamos seguros de haber logrado, en grados variables, nuestros objetivos. Si bien es necesario dejar claramente establecido que estamos ahora entregados a desarrollar métodos científicos que nos permitan "medir" objetivamente esos logros; tarea nada fácil por cierto.

En el orden económico, la Educación Médica y la prestación de los Servicios Médicos requiere el aporte de grandes recursos. Estos deberán ser incrementados en la medida que el desarrollo científico avance y por otro lado en la medida que avance el desarrollo económico del país. Ello determina que dicho aporte debe estar ajustado a decisiones de gobierno que apliquen medidas estables en este sentido y que armonicen con el desarrollo general del país.

Por ello, no nos inquieta la afirmación de que en cuestión de prestación de servicios médicos "la sociedad tendrá que tomarla a su cargo", debido a nuestro criterio de que la Salud es un Derecho del Hombre y por tanto, el ejercicio de la medicina es una actividad eminentemente social que nos incumbe a todos.

Estimamos que en este aspecto, debieran tomarse en cuenta las experiencias de países no sólo socialistas, sino capitalistas en cuanto se refiere a la política de distribución de recursos para la salud; como por ejemplo los "Estudios de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia" (Atención Médica 1968) entre otros.

En su ponencia, el profesor Villalobos plantea muy acertadamente la triste realidad de que en la práctica médica, en la mayoría de los países sub-

desarrollados, prevalece la medicina curativa y la prevención, por una "paradoja trágica", queda relegada, a pesar del conocimiento de cómo prevenir enfermedades comunicables o transmisibles. Cabría entonces preguntarnos si se justifica nuestra gran preocupación por la "Creación de la vida en el laboratorio" y otras posibilidades de un futuro lejano y no se abordan realidades actuales y futuras inmediatas que tanto significan para la Medicina. ¿Es que combatir las "causas del bajo nivel de educación" y la falta de "condiciones político sociales" no es parte de la práctica médica concebida como una acción social? Es decir; no existen medidas preventivas contra la desnutrición que no sean el erradicar el sub-desarrollo, como tampoco lograremos hacer llegar al pueblo la prevención de enfermedades transmisibles, sin elevar el nivel de educación posibilitando la educación masiva del mismo.

Se soslaya el cambio social revolucionario en nuestra época y sin embargo afirmamos que la "humanidad nunca ha alcanzado una meta a que no esté capacitada para asimilar..." ¿y sus cambios revolucionarios? ¿No es esta problemática parte del cambio social revolucionario de nuestra época?

La gran demanda médico-asistencial que nos presiona nos es más que un reflejo de lo anterior, y la demanda es hacia la comunidad y no sólo hacia la familia; lo que se reclama de la Medicina de hace cincuenta años es la aproximación del médico no "tecnologizado", sino humano.

El conflicto entre el avance científico y la adquisición de esos conocimientos en un periodo de tiempo invariable, nos plantea la urgente necesidad de adecuar nuestros currícula y programas de investigaciones de modo que sirvan de basamento para el médico de la nueva sociedad. Para ello, hemos de servirnos de cuantos recursos tecnológicos, conocimientos, etc., estén a nuestro alcance, pero todo esto concebido dentro del contexto social, político y económico de cada país en particular.



NÓMINA DE INTEGRANTES DE LA COMISIÓN III

(SALÓN VENEZUELA) HORA: 9 a.m. y 3 p.m.

TEMA III:

"La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea".

PONENTE: Dr. Heber Villalobos, Venezuela

COMENTADORES: Dr. Geraldo Siffert, Brasil

Dr. E. Pelayo, Cuba

N O M B R E (DOCTORES)	INSTITUCIÓN
Alirio Gómez	U.I.S. — Colombia
E. Pelayo	Universidad de La Habana — Cuba
Elsó Schiappacasse	Universidad de la Concepción, Chile
Geraldo Siffert	Universidad Católica de Río de Janeiro
J. M. Alvarez-Manilla	Univ. Nac. Aut. de México
Jaime Ariza	OPS/OMS Puerto Rico
R. Acosta	Universidad del Zulia
Rafael Quevedo P.	Universidad del Zulia
Luis A. Soto	Universidad del Zulia
Gregorio Estrada	Universidad del Zulia
Gilberto Olivares	Universidad del Zulia
Mercedes Torrealba	Universidad del Zulia
Helman Serrano	Universidad del Zulia
Nelly Mazzei de González	Universidad del Zulia
Justo M. Bonomie	Universidad de los Andes
Alberto Noguera	Universidad de los Andes
L. M. Manzanilla	Universidad Central de Venezuela
Estela Hernández	Universidad Central de Venezuela
Jorge Vera	Universidad de Carabobo
Waldelamar Kiechli	Universidad de Oriente
Elcazar Lara Pantin	Instituto Nacional de Nutrición
H. Viera	Federación Médica Venezolana

Martes 23 de noviembre de 1971

*Sesión de Comisiones N° 3.* Dio comienzo el día 23 de noviembre de 1971, a las 9.30 a.m. y tuvo lugar en el Salón Venezuela del Hotel del Lago de la ciudad de Maracaibo.

El Dr. Heber Villalobos, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, abre la sesión leyendo los artículos Nos. 14, 15 y 16 del Reglamento para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las Universidades afiliadas a UDUAL.

De acuerdo con lo estipulado en el artículo No. 14 de este Reglamento se procede a nombrar los Miembros de la Mesa Directiva y los asistentes a ella designarán un Presidente, un Relator y un Secretario.

El Dr. Heber Villalobos leyó la lista de los participantes presentes a fin de proceder a nombrar a los Miembros de la Mesa Directiva.

Toma la palabra el Dr. Helman Serrano, proponiendo al Dr. Geraldo Siffert como Presidente, al Dr. Alirio Gómez como Relator y al Dr. Gilberto Olivares como Secretario, finalmente se modifica lo propuesto y se acuerda que los miembros de la Mesa Directiva sean los siguientes: Presidente Dr. Geraldo Siffert (Brasil), Relator Dr. José Manuel Alvarez-Manilla (México), Secretario Dr. Gilberto Olivares R. (Venezuela).

El Dr. Geraldo Siffert quien preside la sesión da a leer al Secretario Dr. Gilberto Olivares el Reglamento, el Secretario lee los Artículos 14, 15 y 16 del Reglamento General así como los Artículos 19.4, 19.5, 19.8 y 20 del Reglamento Interno de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina.

El Dr. Siffert hace comentarios y recomendaciones sobre la mecánica a seguir y declara abierta la discusión del Tema III.

El Presidente considera han habido suficientes aportes para continuar a las 3 p. m., considerándose concluida la Sesión a las 12.15 p.m.

#### Nómina de asistentes de la Comisión III (SALÓN VENEZUELA)

##### Tema III — Nov. 23-1971 — SESIÓN MATUTINA

NOMBRE (DOCTORES)	PAÍS
Nelly Mazzei de González	VENEZUELA
Helman Serrano	CHILE
Elso Schiappacasse	CHILE
Justo M. Bonomic	VENEZUELA
L. M. Manzanilla	VENEZUELA
Luis Soto Pirela	VENEZUELA
Alberto Noguera	VENEZUELA
Waldelamar Kiechli	VENEZUELA
E. Pelayo	CUBA
Eleazar Lara	VENEZUELA
Mercedes Torrealba	VENEZUELA
Jaime Ariza	OPS/OMS — PUERTO RICO

*NOMBRE (DOCTORES)**PAIS*

E. Moncada	VENEZUELA
Gilberto Olivares R.	VENEZUELA
Geraldo Siffert	BRASIL
J. M. Alvarez-Manilla (Relator)	MEXICO

Geraldo Siffert

Gilberto Olivares R.

Presidente

Secretario

Martes 23 de noviembre de 1971

La Sesión de Comisiones III de la tarde se inició a las 4 p.m. con introducción del Dr. Geraldo Siffert (Presidente de la Comisión) y un resumen del Relator (Dr. Alvarez-Manilla) sobre lo discutido y acuerdos de la sesión matutina.

Hechas las consideraciones de los diferentes argumentos planteados durante las Sesiones de la Comisión y de considerar el grupo que ha sido agotada la discusión se suspende la sesión a las 6 p.m.

Nómina de asistentes de la Comisión III (SALÓN VENEZUELA)

(Sesión vespertina)

*NOMBRES (DOCTORES)**PAIS*

Waldelamar Kiechli	VENEZUELA
E. Pelayo	CUBA
Gregorio Estrada	VENEZUELA
L. M. Manzanilla	VENEZUELA
Jorge Vera	VENEZUELA
Heber Villalobos	VENEZUELA
Estela Hernández	VENEZUELA
Gilberto Olivares R.	VENEZUELA
Elso Schiappacasse	CHILE
Justo M. Bonomie	VENEZUELA
Alberto Noguera	VENEZUELA
Ruy Ruiz R.	VENEZUELA
Alvia G. de Urdaneta	VENEZUELA
Pablo Carlevaro (Relator General)	URUGUAY
Luis Soto P.	VENEZUELA
Geraldo Siffert	BRASIL
J. M. Alvarez-Manilla (Relator)	MEXICO

Geraldo Siffert

Gilberto Olivares R.

Presidente

Secretario

Finalizada la lectura del Reglamento para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las Universidades afiliadas a UDUAL por el Secretario de la Comisión No. III Dr. Gilberto Olivares, toma la palabra el Dr. Geraldo Siffert para pedir la contribución de los asistentes exponiendo sus puntos a tratar.

Se le concede la palabra al Dr. Alvarez-Manilla quien hace referencia al título del tema concretamente expone su criterio acerca de la disciplina.

El Dr. Helman Serrano tiene el derecho de palabra y opina sobre el contenido en sí de la palabra Disciplina dentro de los currícula y de que si se pueden o no reformar esas normas.

El Presidente Dr. Geraldo Siffert habla de la enseñanza en las Escuelas de Medicina y sugiere al Dr. Heber Villalobos que opine sobre el particular. Toma la palabra el Dr. Heber Villalobos y se refiere a la enseñanza en las Escuelas de Medicina.

Tiene el derecho de palabra la Dra. Nelly Mazzei de González, se refiere a las nuevas disciplinas y a la preparación del profesorado.

El Dr. José Manuel Alvarez-Manilla, habla de las disciplinas científicas, del estudiantado, del tiempo empleado en el estudio y lo visto del programa de estudios en ese lapso, se trata de enumerar las bases de disciplinas y que es casi imposible para mantener en América Latina el curriculum del médico.

Toma la palabra el Dr. Siffert para comentar acerca de las formas de estudios empleados en su país, la enseñanza médica, después del bachillerato, el doctorado y post-grado, quedando así ese profesional apto para ejercer tanto como docente o como médico.

El Dr. José Manuel Alvarez-Manilla, expone la siguiente pregunta. ¿Cuál es el mecanismo para desarrollar este tipo de estudios?, luego se refiere al modelo que es un marco de referencia aplicable a un sin número de situaciones diferentes.

Se le concede la palabra al Dr. Justo Miguel Bonomie de la Universidad de los Andes y expone que no se deben crear nuevas materias, nuevas asignaturas y que para formular un nuevo curriculum se debe estudiar detenidamente el caso.

Se dirige a los presentes el Dr. Helman Serrano opinando que se debe continuar el estudio del doctorado, se debe extender, avanzar, no terminar los estudios al doctorarse.

El Dr. Justo M. Bonomie expone que se debe consultar con psicólogos, sociólogos, topólogos, para que asesoren sobre el ambiente que rodea a la Universidad, y esa consulta se puede hacer a través del Departamento de Ciencias Sociales.

El Dr. José M. Álvarez-Manilla, habló sobre el plan de estudio, el cambio de curriculum y opinó que el cambio social es lento y difícil y que debe ser sometido a detenido estudio.

Se le concede la palabra al Dr. Helman Serrano y expuso que en general han llegado a un acuerdo en lo que respecta a la modificación, a la reforma de los currícula, que dependerá de las normas sociales de cada región, de cada país y que establezcan recomendaciones en general:

- 1) Es preciso reducir los currícula
- 2) Aumentar los cursos reglamentarios
- 3) Ampliar el post-grado.

El Dr. E. Pelayo de la Universidad de La Habana habló sobre los Departamentos que no son los organismos adecuados, que no resuelven las situaciones planteadas por el profesor.

El Dr. José M. Alvarez-Manilla habló sobre el cambio, no de la Cátedra sino que ya sería de la Facultad y eso significaría ampliar el problema.

Siendo las 12.00 a.m. se da por terminada la primera parte de la Sesión de Comisiones correspondientes al Tema III.

### COMISIÓN III

Se reanudan las intervenciones en la Sesión de la tarde comenzando la segunda parte a las 3.50 p.m.

Da apertura el Dr. Geraldo Siffert (Presidente de la Comisión III) concediendo la palabra al Secretario Dr. Gilberto Olivares quien lee varios artículos del Reglamento.

El Dr. J. M. Alvarez-Manilla, el Relator hace un recuento de lo expuesto en la Sesión anterior.

Se le concede la palabra al Dr. Elso Schiappacasse, expuso que se debe profundizar el estudio de la Biología.

El Dr. Justo Bonomic toma la palabra y sugiere que la Biología se intensifique, mencionó la medicina nuclear no como una cátedra sino como una noción, como una información.

Se dirige a los presentes el Dr. Alberto Noguera y habla de las normas de disciplinas y sugirió cuáles eran los aspectos de las materias.

Toma la palabra el Dr. E. Pelayo y propone que hay que amplificar el curriculum para introducir nuevas materias que sean adecuadas al momento y al desarrollo de cada país y de lograrse esto sería alcanzar lo propuesto.

Se le concede la palabra al Dr. E. Pelayo que expresa que se busca la manera cómo hacer la modificación de los currícula, que el médico haga que el estudiante sepa que esa modificación es importante, también cómo ampliar los conocimientos sin aumentar el tiempo de enseñanza.

El Dr. W. Kiechli opina que para introducir hay que cambiar radicalmente.

Luego expone el Dr. L. M. Manzanilla que en lo relatado se haga mención de un listado de materias nuevas con otras que se puedan agregar y que todo estudiante debe ser incorporado a estos conocimientos, se debe conocer la imposibilidad de enseñar toda la medicina, reconocer que sólo un curriculum mínimo es el que mejor ayuda al graduado.

Expone el Dr. Elso Schiappacasse, planteando el caso de que el profesorado médico necesita un mínimo de pedagogía.

Toma la palabra el Dr. Geraldo Siffert y explica que se necesitan estudios sistematizados de didáctica para el profesorado médico, que se necesitan campos de conocimientos didácticos.

El Dr. Alvarez-Manilla expone que no está de acuerdo con un listado, porque se tendría que saber qué materias incluir en él.

Hace uso de la palabra el Dr. E. Pelayo y explica que no está de acuerdo con que se haga un listado y opina que es necesaria la introducción de nuevas materias que se han de emplear en el futuro para ampliar los conocimientos de esas ramas y que se debe simplificar el curriculum.

El Dr. Justo M. Bonomie manifiesta que se debe hacer una revisión del Pensum ya que se conoce que hay materias que deben ser eliminadas, que se debe quitar un poco de Cátedras.

Habla el Dr. Elso Schiappacasse sobre la formación real del docente, en Chile ya se han organizado varios Seminarios para la de docentes médicos.

Toma la palabra el Dr. J. M. Alvarez-Manilla y propone la ampliación de planes de estudio, de métodos más eficaces de enseñanza y educación dentro de la Facultad de Medicina.

El Dr. Gilberto Olivares hace la observación de que lo expuesto anteriormente por el Dr. Justo M. Bonomie está fuera del contenido del Tema III.

Hace uso de la palabra el Dr. Pablo Carlevaro (Relator General) y menciona los puntos más importantes de la Sesión.

Siendo las 6 p.m. el Dr. Siffert Presidente de la Comisión N° 3 da por concluida la Sesión.

### RELATO DE LA COMISIÓN III.

TEMA: LA ENSEÑANZA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LAS  
NUEVAS DISCIPLINAS QUE DEMANDA LA VIDA  
CONTEMPORÁNEA.

Dr. Geraldo Siffert

Presidente

Dr. Gilberto Olivares

Secretario

José M. Alvarez-Manilla

Relator

#### INTRODUCCIÓN:

Es evidente, en el sentir de los participantes de esta Comisión, que el problema derivado de la necesidad de incorporar al curriculum médico los nuevos conocimientos de la producción científica en las disciplinas biológicas y sociales, ya existentes o de nueva aparición, es un proceso imprescindible e inevitable.

El problema comienza desde el planteamiento de la forma como deben incorporarse.

La Comisión rechaza categóricamente la posibilidad de hacerlo mediante el procedimiento de crear nuevas materias que compitan con las ya existentes en curriculum por el tiempo y la atención del alumno. Se determinó que la Comisión sólo puede proponer pautas generales respecto a la forma de seleccionar los conocimientos nuevos que deben ser incluidos y a la estrategia para incorporarlos.

#### I. Selección de conocimientos

El proceso acelerado de generación de nuevos conocimientos y la multiplicación de los especialistas dedicados al estudio de las nuevas disciplinas e inter-disciplinas ha creado una situación caótica en el plan de estudios tradicional que es necesario evitar a través de un proceso racional de planificación.

Dentro de este proceso es necesario tomar la decisión de la prioridad y del tipo de los nuevos conocimientos que deben incorporarse.

La elaboración de una lista exhaustiva de disciplinas que puedan aportar nuevos conocimientos para el plan de estudios de la carrera médica tiene importancia secundaria ya que la selección de los conocimientos que deben incorporarse depende de los siguientes criterios:

1. Las necesidades sociales que el médico debe colaborar a satisfacer dentro de la situación de cada país: En este aspecto debe darse énfasis a la consulta de las expectativas de la comunidad respecto a la medicina y al médico.
2. El señalamiento de los objetivos educacionales del curso médico derivado de las interpretaciones de las necesidades sociales, y expresados en forma de conducta terminales que se esperan al concluir el proceso de aprendizaje.

Estos criterios deben servir para seleccionar los conocimientos trascendentales y para eliminar los superfluos que contribuyen a la saturación del curriculum.

## II. *Procedimientos y estrategias para la incorporación de los nuevos conocimientos*

Como punto de partida es necesario señalar los factores que interfieren la incorporación de los conocimientos nuevos y trascendentales al plan de estudios como:

- a) Estructuras y características del plan de estudios tradicional que con variantes locales predomina en la mayoría de las escuelas de medicina latinoamericana;
- b) Las estructuras académicas y administrativas;
- c) La resistencia al cambio de estudiantes y profesores y,
- d) La improvisación y arbitrariedad en las modificaciones curriculares.

Para mantener el curriculum ajustado a los requerimientos sociales y al progreso científico es necesario que existan conciencia y decisión de pugnar por lo siguiente:

1. *Racionalización de la planeación educacional.* La creación de organismos técnicos del tipo de las oficinas de educación médica, dotadas de expertos en planificación educacional y de pedagogos que centralicen estas funciones.
2. *Sensibilización o "concienciación"\* de profesores y alumnos.*
3. *Capacitación y actualización didáctica de los profesores por medio de los seminarios regionales y locales.* Se considera conveniente instar a los organismos internacionales que manejan recursos técnicos y financieros en representación de los gobiernos a dar prioridad y concentrar recursos en este aspecto.

\* Neologismo

4. *Disociación de las estructuras de poder, académicas y administrativas, de la estructura curricular.* En particular se sugiere abandonar la estructura basada en cátedras y experimentar nuevas formas de organización. Algunos de los participantes consideraron deseable que las Universidades, cuyas circunstancias lo permitan, realicen una departamentalización a nivel universitario en forma tal que un departamento central sirva a varios cursos de diferentes profesiones.

5. Experimentar nuevas estructuras curriculares que tienden a evitar la saturación y la rigidez implícita en el plan de estudios tradicional para lo cual se sugiere:

*Flexibilización:* En forma tal que la sustitución o adición de conocimientos no implique aumento o cambio de materias.

*Simplificación:* A través de la elaboración de *currícula* mínimos complementados por unidades didácticas opcionales y continuados por cursos de post-gradó articulados.

*Integración vertical y horizontal:* A través de la aplicación de los principios pedagógicos de:

—Capacitación progresiva del estudiante en actividades profesionales desde las etapas iniciales;

—Estructuras diseñadas para evolucionar en complejidad creciente, de lo simple a lo complejo, que refuercen el conocimiento a través de una repetición plancada (no arbitraria);

—Didáctica metódica que prevea la adquisición simultánea del conocimiento y su aplicación inmediata a problemas reales (no artificiales).

Se destacó que los objetivos y la planeación del curriculum deben estar por encima de los intereses individuales y de grupos parciales para no incurrir en los vicios que se critican en el plan de estudios tradicionales.

La tarea de transformar los actuales planes de estudio es un proceso largo y difícil en el que debe haber participación de profesores, estudiantes de la comunidad y del estado. Sólo en esta forma se evitará caer en lo intrascendente y lo arbitrario.



## CUARTA SESIÓN PLENARIA

*Miércoles 24 de noviembre de 1971 / 3:00 p.m.*

### RELATOS TEMAS I y II

La Cuarta Sesión Plenaria de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, tuvo lugar en el Salón Caroní, del Hotel del Lago de la ciudad de Maracaibo, Venezuela y comenzó a las 3:30 de la tarde del día 24 de noviembre.

El Presidente de la Conferencia invitó a los doctores José Sifontes, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puerto Rico y Geraldo Siffert, Director (Decano) del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil, a que tomaran asiento en el presidium, como Vicepresidentes.

Durante esta sesión fueron presentados a discusión, los relatos de los Temas I y II.

El Presidente cedió la palabra al Dr. José Laguna (México), Relator de la Comisión de Trabajo I, para que diera lectura al Informe correspondiente; seguidamente se abrió la discusión.

*Dr. F. Gómez Padrón, Venezuela:*

Mi intervención es muy breve, sólo para señalar que en la segunda línea del primer párrafo, primera página del relato, figura la expresión "EN EL ÁREA MÉDICA" y considero que la misma es una redundancia, por cuanto queda sobreentendido que en las Escuelas de Medicina la investigación se hace en el área médica. Propongo eliminar dicha expresión con lo cual no se perdería el motivo de lo que se busca señalar.

*Dr. Rafael Angel Barreto (Venezuela):*

En relación al punto tres, de este Tema, deseo hacer la siguiente observación: Cuando se refiere a que debe tenderse a un correcto equilibrio de las actividades docentes y de investigación de los profesores a Tiempo Completo y Exclusivo, veo que se excluye a los profesores a Medio Tiempo, y como considero que los mismos también pueden contribuir a los planes de

investigación que se realizan en determinada Escuela de Medicina, pienso que no debe hacerse esa exclusión tan tajante. Por ese motivo propongo que se agregue, después de donde dice "Tiempo Completo y Exclusivo" *profesores a Medio Tiempo, dentro de lo posible*, o sencillamente, que se mencione a todos los profesores, sin hacer exclusiones, por considerar que lo que se busca con este punto es un estímulo a la investigación.

*Dr. Felipe Argüello (Venezuela):*

Solicito que en el párrafo I, se aclare el significado del término "Investigación básica y aplicada" y que además, en el mismo párrafo, se añada el concepto de "asistencia" a la frase, en relación con el efecto que tiene la investigación sobre la docencia, de manera que se lea: "La investigación... puede contribuir a elevar la calidad de la docencia y de la asistencia..."

*Dr. G. Olivares (Venezuela):*

Solicita se aclare qué quiere decir, en el párrafo IV, "un correcto equilibrio", en relación con las actividades de docencia y de investigación.

El Presidente de la Conferencia solicitó al Dr. Laguna, tuviera a bien responder a las preguntas y sugerencias formuladas por la Asamblea.

*Dr. José Laguna (México), Relator Comisión I:*

En nombre del Grupo me permito hacer las siguientes aclaraciones:

- a) El Dr. Gómez Padrón está en lo correcto al solicitar la supresión de las palabras "en el área médica", en el párrafo I.
- b) Con respecto a la proposición del Dr. Barreto, deseo decir, que la Comisión reconoció a los profesores de Medio Tiempo, como personas vinculadas estrictamente a las actividades docentes y que su participación en trabajos de investigación, por razón misma del poco tiempo disponible, puede considerarse como meramente incidental y por lo tanto no sujeta a reglamentación.
- c) Con respecto a la observación del Dr. Argüello: en cuanto a la definición del campo de acción "básica y aplicada" de la investigación científica, se consideró que en cada institución, universidad o país, existen disposiciones aclaratorias que no podrían incluirse en estas recomendaciones; en cambio, los grandes rubros "básicos" y "aplicados", son de uso común en todas las circunstancias y señalan el principal interés de los trabajos correspondientes. Por lo que respecta a la adición del concepto de "la asistencia", se aceptó como sobreentendido que todo esfuerzo relacionado a las actividades de una escuela de medicina conducen, irremediablemente, a la mejoría de la asistencia médica, ya que la tarea de formar médicos lleva implícito el concepto de una estructura profesional que tiende al servicio de la sociedad: la carrera de Medicina es la de una profesión de servicio, de asistencia.

d) En cuanto a la aclaración solicitada por el Dr. Olivares, en realidad está contenida en el mismo documento, en el párrafo III, puesto que "el correcto equilibrio" de las actividades docentes y de investigación, se hacen en base a "sus inclinaciones y los programas específicos de las escuelas". El objeto de este párrafo, es, en rigor, el de recomendar al cuerpo directivo de una escuela de medicina, la solución, a nivel personal e INDIVIDUAL, de cada caso en que un profesor de Tiempo Completo deba dedicar parte de su tiempo a la enseñanza y otra parte a la investigación; es decir, estas distribuciones no deben hacerse como un procedimiento general, sino individual. No obstante, queda claro que todo individuo debe participar en ambas actividades, independientemente de la proporción en que se distribuyan en su tiempo total.

*Presidente de la VII Conferencia:*

Gracias al Dr. Laguna por sus aclaratorias. Ahora vamos a declarar un receso de quince minutos para presentar luego a discusión, el Relato sobre el Tema II.

(Al comenzar la plenaria, el Secretario General, Dr. von Smith, dio lectura a las síntesis de las sesiones preparatorias, acto de instalación y plenarias anteriores. En esa misma oportunidad hizo énfasis sobre el Art. 19º, aparte 19.7) del Reglamento Interno de la Conferencia, a fin de facilitar la discusión que pudiera producirse alrededor de los informes que iban a ser presentados).

#### *RELATO SOBRE EL TEMA II:*

*Presidente de la VII Conferencia:*

Agradecemos a los doctores José Luis Avalo, de Cuba, y al Dr. Andrés Rotta, de Perú, tengan a bien acompañarnos en la Mesa Directiva como Vicepresidentes de esa sesión plenaria.

La Mesa Directiva desea someter a la consideración de la Asamblea la siguiente proposición: en virtud de que aún disponemos de suficiente tiempo y el Relato del Tema III estará listo, en aproximadamente unos quince minutos, proponemos que después de la lectura y discusión del Relato sobre el Tema II, se proceda a hacer lo mismo con el III; de esta manera el día de mañana quedaría libre para todos los participantes de esta Conferencia y el Relator General dispondría de más tiempo para organizar su Relato.

Queda a consideración de los miembros de la Asamblea, la proposición señalada. Tiene la palabra el Br. Gómez (Venezuela).

*Br. Gómez (Venezuela):*

Propongo que discutamos primero el Relato sobre el Tema II, en caso de que no sea prolongada, se consideraría la proposición de la Mesa Direc-

tiva, pues corremos el riesgo de que ambas discusiones —la de los Temas II y III— se extiendan demasiado y esta plenaria terminaría sumamente tarde.

*Presidente de la VII Conferencia:*

Me parece oportuna la observación del Br. Gómez, así que la Mesa la acepta y vamos a dar comienzo a la lectura y discusión del Relato correspondiente al Tema II. Invitamos al Dr. Felipe Argüello, Relator del Tema, para que dé lectura al mismo.

El Dr. Argüello (Venezuela) lee el Relato correspondiente al Tema II. El Presidente de la Conferencia le da las gracias al terminar e invita a los participantes a intervenir en el debate.

*Dr. Germán Lelo de Larrea (México):*

Nosotros tenemos en la Universidad de Nuevo León, serios problemas, precisamente para establecer un criterio que nos llevara a seleccionar o a no seleccionar a los estudiantes de medicina que han solicitado el ingreso a las Facultades y que en un número, mucho más grande de lo esperado se ha presentado ahora a nuestra Escuela. Tomaré como ejemplo lo siguiente:

En la página 2 del relato, ya para terminar el primer párrafo donde dice “estudiantes idóneos...” “sin otras limitaciones que las determinadas por los planes de salud”; desgraciadamente los planes de salud en México, o el plan de salud, no es todavía del conocimiento de las Facultades de Medicina y ésta sería la primera limitación. Pero la duda que más me asalta en estos momentos es cómo podríamos definir, identificar, este término de “estudiantes idóneos” para una Facultad de Medicina. Esto es lo que más me ha preocupado en lo que respecta al Relato.

*Dr. José L. Avalo P., Cuba:*

En la página 3 del relato dice lo siguiente: “hubo acuerdo en evitar discusiones relacionadas con los sistemas e ideas políticas prevaletentes en los distintos países y buscar más bien los denominadores comunes que nos permitan con ello darle impulso a la integración”. Es obvio que nosotros no hemos venido aquí a discutir sobre sistemas o ideas políticas, pero nosotros, en particular, no abjuramos de nuestro sistema, luego entonces, creemos, y es una proposición, que esta frase desaparezca del Relato, por cuanto aquí lo que hubo fue discusión de las estructuras administrativas que tienen que ver con un sistema político imperante en cualquiera de nuestros países. Repito la proposición: que se retire la frase del Relato, porque si bien, en esta Conferencia no se ha venido a discutir de política, nosotros no abjuramos del sistema político en el cual estamos, porque de acuerdo con él actuamos.

*Dr. Rafael A. Barreto, Venezuela:*

Sobre este Tema II, nosotros los representantes de la Federación Médica Venezolana hicimos una observación ayer, durante la sesión de trabajo y creemos que la misma bien pudiera incluirse en el punto (9) del Relato "El grupo considera los servicios de salud como una empresa constituida por tres grandes socios de igual importancia: los organismos dispensadores de salud, las instituciones formadoras del personal que presta los servicios y la colectividad usuaria de los mismos". Nosotros decíamos que la comunidad médica hoy día, organizada en sus asociaciones gremiales, tiene fundamental importancia y que podría en un determinado momento tomar posiciones que podrían resultar definitivas para los servicios médicos asistenciales y la enseñanza. De modo pues, que cuando se hable de la colectividad médica organizada gremialmente, se señale su importancia como colaborador de primer orden en cualquier sistema de integración de servicios que se vaya a establecer en un país determinado.

*Br. Félix Gómez, Venezuela:*

Deseo referirme al mismo punto (9) del Relato, pues al hablar de integración, ésta convendría hacerla en la estructura de los mismos organismos, en virtud de que la discusión que plantea el tema es "Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública...".

*Dr. Francisco Gómez Padrón, Venezuela:*

He solicitado la palabra para señalar que en el Relato, se agregue "...sin otras limitaciones que las determinadas por los planes de salud" y *recursos universitarios*. (Pág. 2); pues en un plan de salud, el gobierno puede estar interesado en que egresen 200 estudiantes, pero de acuerdo a los recursos universitarios solamente podrían egresar 150. Dejo esto a la consideración de ustedes si creen conveniente que la frase se incorpore al Relato o no.

*Dr. Rubén Vasconcelos, México:*

Quiero referirme exclusivamente a un punto y es el que trata de los mecanismos que pudieran ser puestos en acción para buscar la integración de los diferentes elementos que van a intervenir en los servicios de salud. Insistimos en que un elemento concreto debe ser el no detener la acción educativa al nivel de los estudiantes, sino incorporar a las poblaciones, a las comunidades. Entiendo que esta idea, cuando fue planteada, se aceptó entusiastamente, sin ninguna objeción. Propongo formalmente que en el punto (9) del Relato, al final después de: "...Docentes-Asistenciales estudiados". Agregar: "y particularmente en el campo de la educación para la salud". Esa fue la idea que se expresó en el grupo. Muchas gracias.

*Dr. Joffre Díaz Guzmán, Venezuela:*

Como integrante del grupo que trabajó en la redacción del relato, me permito responder tres de las objeciones que aquí se han hecho al respecto. En lo que se refiere el Dr. Lelo de Larrea, de México, sobre cómo identificar, definir, la expresión "estudiantes idóneos" y lo que se refiere el Dr. Gómez Padrón, de Venezuela, acerca de agregar "y los recursos universitarios", quisiera decirles, que el relato es una síntesis de la discusión del grupo y de ninguna manera estamos dando opiniones, ni tenemos derecho, los que hicimos la redacción final, de modificar esto. Lo que hicimos fue resumir la discusión y resaltar frases de la ponencia central y destacar sus méritos. Si la Asamblea desea modificar, creo que reglamentariamente puede hacerlo, pero nosotros lo que hicimos fue citar el texto de Jadresic, alabar y tomar de allí elementos para las recomendaciones de la Comisión II, que están contenidas a partir del punto (2); éstas sí son las nuestras. Con respecto a lo que dice el Dr. Avalo, estoy plenamente de acuerdo en que se elimine el párrafo en cuestión, porque justamente eso es lo que queremos evitar; por tanto propongo que se elimine desde donde dice "...en evitar discusiones relacionadas con los sistemas e ideas políticas prevalentes en los distintos países y...", quedando entonces la redacción así: "Hubo acuerdo en buscar, en los distintos países los denominadores comunes..." Así queda el párrafo con su sentido positivo y eliminamos lo negativo de la frase en referencia.

*Dr. Juan Ignacio Monge, Chile:*

Sólo quiero hacer referencia de que en ninguna parte aparece algo que señale la autonomía de las respectivas instituciones que entran a colaborar en la búsqueda de un mejor cumplimiento de sus objetivos comunes. Creo que eso es importante, porque he tenido oportunidad de escuchar varios planteamientos donde se dice que las instituciones asistenciales deberían tomar a su cargo la misión de enseñar, porque las universidades no están cumpliendo a cabalidad con ello. Cuando se habla de integración se supone una cosa y cuando se habla de coordinación se supone otra. En el título de la ponencia se habla de *integración* y más adelante se refiere al convenio suscrito entre las universidades chilenas y el Servicio de Salud como *coordinación* y *sincronización*, es distinto a *integración*. Todo lo que viene en el resto de las conclusiones se refiere más a una coordinación que a una integración. Yo no traigo una proposición concreta pero sí agradezco que se introduzca en el texto por parte de la Comisión de Estilo, si la Sala así lo estima, el hecho de que esta integración supone una coordinación por parte de dos instituciones que conservan su autonomía.

*Br. Eduardo Mora La Cruz, Venezuela:*

En la página 2, al final de ella, hay un punto que ha sido repetidas veces señalado por algunos oradores, en el sentido de que además de las limitaciones que señalan los planes de salud para el acceso de los estudiantes

a las Escuelas de Medicina, se añada "y los recursos universitarios". No puedo estar de acuerdo con ello porque si actualmente hay una política gubernamental tendiente a cercar económicamente a las universidades, —política que incide en el ingreso estudiantil—, y cuya tendencia es a acentuarse, entonces con cada vez menos presupuesto las universidades se verían obligadas también, cada vez más a no acceder al ingreso de los estudiantes. Nosotros en la Universidad del Zulia mantenemos una lucha permanente para que todos los estudiantes puedan ingresar a la Facultad de Medicina.

*Dr. Varan von Smith, Cuba:*

Nosotros, en nombre de la representación de Cuba, queremos señalar un término que se ha utilizado en el Relato y es el de "socio", en el punto (9), concretamente. Por resultar un término algo chocante, comercial, solicitamos que se cambie por otro que refleje realmente la clase de asociación a la cual pertenecemos, el organismo en el cual estamos agrupados, y que lleva a cabo esta Conferencia.

*Dr. Felipe Argüello, Venezuela (Relator del Grupo N° II):*

Ya el Dr. Díaz Guzmán ha hecho algunas aclaratorias. Sólo me resta agregar que el grupo trató de evitar durante la discusión, y posteriormente en la redacción del Relato, roces improductivos, y en cambio buscar las experiencias de los distintos países, con estructuras diferentes, con situaciones políticas también diferentes pero que en el lenguaje universitario y científico que nos caracteriza, soslayar cualquier situación, repito, de roce improductivo. En realidad quisimos, en el párrafo que señala el Dr. Avalo, decir eso, que debemos discutir ampliamente, universitariamente, sin hacer de la cuestión política un problema de desunión. En ese sentido pues, fue como analizamos la opinión que nos mereció la ponencia de Jadresic, su fuerte tendencia a plantearnos la integración de los servicios asistenciales como el producto de un cambio de estructuras eminentemente políticas. De todas maneras, yo como Relator y creo que el Grupo también, no tenemos ningún inconveniente en eliminar ese párrafo del Relato que nos ha hecho recordar las discusiones quizás bizantinas, que ayer tuvimos.

El Dr. Barreto se refiere al aspecto gremial. Ayer no lo discutimos, —y en este momento voy a dar una opinión personal— de que el aspecto gremial no puede estar diferenciado del aspecto formativo, de los aspectos de necesidades, del país. Indudablemente que en eso de los tres socios, y luego me referiré a los aspectos que plantea el Dr. von Smith, el gremio es una situación adlátere, digamos así, de la formación del propio médico; por consiguiente como organismo que regulará las actividades del gremio médico y siendo éste el prestatario, o uno de los prestatarios del servicio de atención, nos estamos refiriendo concretamente a eso, es decir, a los organismos que intervienen directamente en la prestación del servicio, en la formación del personal que va a prestar el servicio y en la colectividad usuaria del servicio.

El Br. Gómez nos relató sus experiencias vividas en Israel. Creemos que no importa de quién se depende, lo importante es la coordinación.

El Dr. Gómez Padrón desca agregar “y de los recursos universitarios”. El Br. Mora alerta acerca de los peligros que conllevaría la limitación del cerco económico que sufren las universidades en determinados países y él pone como ejemplo, el país nuestro. Creo que eso es circunstancial. Si el concepto es que el plan educativo debe formar parte del plan nacional de desarrollo debe estar al margen cualquier otra consideración limitante, así como cualquier otra consideración circunstancial.

También fue preocupación del Grupo, dejar bien sentado el concepto de autonomía universitaria; en los organismos actuantes, ese concepto merece ser respetado mediante la coordinación; con esto creemos responder también al Dr. Monge, por cuanto toda la ponencia puede ser una confusión entre los dos términos: integración y coordinación. Y no solamente la ponencia; el Grupo ayer, perdió buena parte del tiempo tratando de ponerse de acuerdo entre lo que entendíamos por integración y lo que concebíamos como coordinación.

Por último, el Dr. von Smith se preocupa por el término de *socio*. En realidad creemos que es exagerado llevar esa inquietud de la representación cubana, al terreno mercantil y entendemos que sea por razones de ideales muy personales, pues cuando hablamos de “asociados en una empresa” no tiene absolutamente ninguna condición capitalista, ninguna condición social. Realmente estas colectividades, estos factores —unos en función de docente, las universidades; otros en función de gobierno, de poder: los Ministerios de Salud, de Salubridad y por otro lado el pueblo, que recibe los beneficios. Todos deben estar asociados en esas actitudes. No sé cómo se podría decir, si vinculados o cualquier otro término, que reflejara la necesaria vinculación o participación que debe existir entre los tres elementos que participan en la formación del médico, y la prestación de servicios de atención médica. Pásele. Gracias al Dr. Argüello, creo que él ha captado bastante bien las observaciones al Relato y que en la redacción final de los documentos se podrán hacer las correcciones del caso.

De esta manera creemos que puede considerarse suficientemente debatido el Relato del Tema II y vuelve a replantearse nuestra proposición de que después de un breve receso, pasemos a la discusión del Relato sobre el Tema III y así el día de mañana quedaría libre para los delegados.

La proposición es aceptada, se entra en receso de unos diez minutos para iniciar luego la quinta plenaria.

## QUINTA SESIÓN PLENARIA

*Miércoles 24 de noviembre de 1971*

El Presidente de la Conferencia cedió la palabra al Dr. José Manuel Alvarez Manilla, Relator de la Comisión de Trabajo III "La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea", para que diera lectura al Relato y ser sometido posteriormente a discusión.

El Dr. Alvarez Manilla (México), da lectura al Relato sobre el Tema III.

El Presidente, Dr. Heber Villalobos, abre el debate. Se ofrece el derecho de palabra al Dr. Geraldo Siffert (Brasil), quien trabajó como Presidente de la Comisión, para hacer algunas observaciones.

*Dr. Geraldo Siffert (Brasil):*

Creo que el Relato refleja perfectamente todo cuanto tuvimos oportunidad de discutir y creo que no hay nada más que adicionarle, porque el trabajo del Dr. Alvarez Manilla quedó muy bien. Quiero agradecer una vez más a todos los participantes de la Comisión por las ideas muy buenas que expresaron, por la gran capacidad para actuar durante la discusión, por la gran comprensión y por todas aquellas oportunidades para hacer una buena demostración de inteligencia. Las sesiones han sido muy agradables y el Relato es un reflejo de todas las cosas buenas que sucedieron durante las horas de trabajo. Muchas gracias.

*Dr. Rodrigo Gutiérrez S., Costa Rica:*

Solamente sugerir a la Comisión de Redacción que al final del Relato se incluyera al sector de salud pública; en otra forma se puede correr el peligro de que continuemos con la disociación entre los objetivos universitarios y los del Estado a través de los objetivos del plan de salud, o por lo menos del uso del diagnóstico del sector salud, cuando aquél exista.

*Dr. Joffre Díaz Guzmán, Venezuela:*

En la página 5 del Relato, hay un párrafo que enuncia uno de los métodos para nosotros más importantes en relación con la enseñanza de los aspectos

tos sociales, preventivos de la Medicina, como es el método administrativo. Cuando dice, "una metodología que provea una adquisición simultánea del conocimiento y su aplicación inmediata a problemas reales (no artificiales)", bueno es el método administrativo. Yo creo que si en reuniones como ésta, de técnicos, de científicos, de profesionales de alto nivel, se hace resaltar la importancia del método administrativo y de la planificación, probablemente podamos ir logrando, especialmente en los colegas jóvenes, que tengan una actitud más apreciativa hacia esos métodos. Por tanto, creo que no es un inconveniente mayor, agregar, al final de ese párrafo, "esta metodología administrativa, conjuntamente con la metodología de la planificación económica y social, constituyen hoy en día, dos de los aportes más importantes". Es pues, para destacar la importancia en planificación docente y en administración docente, como así lo estamos haciendo en Administración Sanitaria y en Planificación Sanitaria.

*Presidente de la Conferencia:*

Si nadie más va a hacer uso de la palabra consideramos cerrado el periodo de discusión. El Br. Mora, Presidente del Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad del Zulia, interviene para expresar su regocijo y el de sus compañeros, por las conclusiones y recomendaciones que la VII Conferencia está produciendo con la participación estudiantil en el sentido de lograr su mejor formación; de allí que desea hacer hincapié, en nombre del estudiantado, que estas conclusiones y recomendaciones —ese es el mayor desecho—, no queden como cuestiones teóricas solamente, sino que sean llevadas a la práctica, ya que por lo general, eventos de esta naturaleza producen conclusiones y recomendaciones que quedan solamente en el aspecto teórico del asunto, sin producir ningún resultado práctico, sin que sean llevadas a la práctica. Esta es la inquietud que la representación estudiantil aporta a la Conferencia, con el verdadero deseo de que se vinculen realmente las Facultades de Medicina de Latinoamérica y así conocer su problemática general en salud. De allí las más sinceras felicitaciones, de parte de la delegación estudiantil de Venezuela, a todos los participantes en este evento.

*Presidente de la Conferencia:*

Gracias al Br. Mora por su intervención.

Cerramos entonces la discusión relativa al Relato No. III... Antes de retirarnos, el Sr. Secretario tiene algo que informar a los delegados.

*Dr. Varan von Smith:*

La Secretaría informa que el Colegio de Médicos del Estado Zulia ofrece esta noche un convivio a todos los participantes en la VII Conferencia, en la sede del Colegio. El transporte estará a la puerta del hotel, a las 8:00 p.m.

## SESIÓN DE CLAUSURA

*Jueves 25 de noviembre de 1971*

La Sesión de Clausura de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina se inició pasadas las 6 de la tarde del día jueves 25 de noviembre de 1971, en el Salón Caroní del Hotel del Lago, en la ciudad de Maracaibo, Venezuela.

El Presidente, Dr. Villalobos, de acuerdo con el programa, cede la palabra al Dr. Pablo Carlevaro, Relator General, quien da lectura al informe final de la Conferencia.

Como segundo punto en el orden del día se pasa a la elección de la sede para la VIII CONFERENCIA.

El Presidente de la Delegación Mexicana, presentó la candidatura de la Universidad de La Habana, Cuba, para sede de la próxima Conferencia, lo cual fue aceptado gustosamente por el Dr. José L. Avalo, a nombre de la representación cubana. Al ser sometida a votación la propuesta ésta fue aceptada por aclamación. El Dr. Avalo, Decano de la Universidad de Oriente, Cuba, agradeció el honor conferido a su país.

Para sede suplente fueron propuestas las Facultades de Medicina de las Universidades Central del Ecuador, en Quito, y de Costa Rica.

Ambos Jefes de Delegación expresaron su aceptación, pero el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica agradeció y declinó para expresar su apoyo al Ecuador.

El Dr. Eduardo Yépez, del Ecuador, refiere que este país acepta gustoso este honor y enfrentaría la responsabilidad de organizar tan importante evento.

Por aclamación se aprobó a la República del Ecuador, Universidad Central, Quito, como sede suplente. El Dr. Yépez se dirigió a la Asamblea para expresar su agradecimiento por tan honrosa designación.

El Presidente Villalobos procedió a dar lectura a las palabras finales de la sesión de clausura.

Los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia, solicitan la palabra para dar lectura a una convocatoria a todos los estudiantes de medicina de América Latina, para un primer Encuentro de Estudiantes Latinoamericanos de Medicina. (Se distribuyen la convocatoria y una planilla, con la venia de la Mesa Directiva, a todos los delegados, a fin de que éstos la hagan llegar a sus respectivos países).

El representante de la Universidad de la República del Uruguay, propone que la Asamblea Plenaria de delegados emita una declaración en la cual se denuncie el atropello de que ha sido víctima la Universidad de San Andrés, en Bolivia. La propuesta es apoyada por todas las delegaciones, que así lo manifiestan y dejan constancia; el representante del Ecuador propone que ella sea aprobada por unanimidad.

El Prof. Cuervo, delegado de Colombia, propone un voto de aplauso al Comité Organizador por su brillante gestión. Se aprueba por unanimidad.

Para finalizar se procedió a la entrega de los Certificados de Asistencia, por parte del Presidente y del Secretario, von Smith.

## RELATO GENERAL

### 1. INTRODUCCIÓN E INFORME

- 1.1. Entre los días 21 y 25 de noviembre de 1971, en esta singular ciudad de Maracaibo, ha tenido lugar la VII CONFERENCIA DE ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA, convocada por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y actuando como Sede Organizadora, la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. La Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina y el Consejo de la Facultad respectiva, actuaron como organismos asesores en la fase organizativa del evento.
- 1.2. Al cabo de cinco días de intenso trabajo, se ha dado entero cumplimiento al programa previsto, acatando en todos sus extremos las disposiciones del Reglamento General para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las Universidades afiliadas a la UDUAL, así como al Reglamento Interno de esta VII Conferencia, oportunamente aprobados por el Plenario de la misma en su sesión preparatoria, la cual fuera instalada por el Secretario General de la Unión, Dr. Efrén C. del Pozo.
- 1.3. La Mesa Directiva de la VII Conferencia fue presidida por el Prof. Heber Villalobos, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, y Presidente de la Comisión Organizadora, actuando en Secretaría General el Prof. Varan von Smith, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Oriente, Cuba y como Relator General quien suscribe este documento. Secundaron al Presidente Villalobos en las diferentes Sesiones Plenarias:

*Primera Plenaria:* Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la UDUAL; Vice-Presidentes: doctores Rafael T. Darricarrere de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción en Chile y Eduardo Yépez, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, Quito.

*Segunda Plenaria:* Dr. Víctor Decamps, en representación de la Universidad Nacional Autónoma de Santo Domingo, de la República

Dominicana, y, Juan Almeyda B., en representación de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

*Tercera Plenaria:* Doctores Jorge Restrepo Molina, en representación de la Universidad del Valle, de Colombia, y Justo M. Bonomie, en representación de la Universidad de los Andes, Venezuela.

*Cuarta Plenaria:* Doctores José Sifontes de la Universidad de Puerto Rico y Geraldo Siffert, de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil.

*Quinta Plenaria:* Dr. José Luis Avalo, de la Universidad de Oriente, Cuba, y Dr. Andrés Rotta, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú.

Todos ellos en carácter de Vicepresidentes de la Asamblea. La tarea de Relator General de la VII Conferencia, recayó sobre nosotros, en decisión de la Asamblea que obliga a nuestro reconocimiento y asigna temporalmente a nuestra persona una distinción, que, en verdad, pertenece a la Universidad de la República y a la Facultad de Medicina de mi país, el Uruguay.

- 1.4. El Temario, las ponencias y los comentarios respectivos, pertenecientes a esta VII Conferencia, han sido los que seguidamente se detallan:

- 1.4.1. El primer tema fue: "La investigación científica como factor determinante en la función docente de las Escuelas de Medicina de Latinoamérica", cuya sincera ponencia fue presentada por el Prof. Dr. José Laguna, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Comentaron dicho tema, en representación de los integrantes del Equipo de Profesores del Programa Académico de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, su Director, el Prof. Andrés Rotta y el Dr. César Reynafarje, Director del Instituto de Investigaciones de Altura y Biología Andina de dicha Universidad; y el Prof. Tulio Arends, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y Jefe del Laboratorio de Hematología Experimental del IVIC.

- 1.4.2. El segundo tema versó sobre: "Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios Nacionales y Regionales para la realización de este propósito". Tuvo como base de discusión, el documentado relato del Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Prof. Alfredo Jadresic, cuya ausencia en esta Conferencia ha salido justificada por razones imprevistas de fuerza mayor.

Un resumen de su ponencia fue leído por el Secretario de la Conferencia. Prof. Varan von Smith y los comentarios oficiales estuvieron a cargo del Prof. Andrés A. Santas, quien fuera Rector de la Universidad de Buenos Aires y actual Presidente de la FEPAFEM,

y del Prof. Rodrigo Gutiérrez Sácnz, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

También se dio lectura a un comentario del Sub-Secretario de Salubridad de México, Dr. Carlos Campillo, por parte del Dr. Alvarez Tostado, de la misma Secretaría. Se distribuyeron, igualmente, un comentario del Dr. Ramón Villarreal, Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, Washington; un trabajo del Dr. Francisco Gómez Padrón, Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia; un trabajo del Dr. Fructuoso Biel Cascante, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile; un trabajo del Dr. Eduardo Yépez, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador y un trabajo del Dr. Pablo Carlevaro, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay.

1.4.3. El tercer tema tratado se tituló: "La enseñanza en las Escuelas de Medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea", expuesto, a través de una elogiada ponencia, por el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Prof. Heber Villalobos.

Los Comentarios oficiales estuvieron a cargo del Prof. Geraldo Siffert, Director del Centro de Ciencias Biomédicas de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro y del Prof. Eduardo Pelayo, Director del Área de Ciencias Básicas "Victoria Girón", de la Universidad de La Habana, Cuba, quien sustituyera al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de dicha Universidad, Prof. Raúl Dorticós Torrado, ausente por razones de fuerza mayor. Se distribuyeron cuatro trabajos sobre el tema, elaborados por el Dr. Elso Schiappacasse F., Profesor Asistente de Medicina y Secretario de la Oficina de Educación Médica en la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile; por los doctores Angel Brito y Helman Serrano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela y por el Dr. Pablo Carlevaro, de Uruguay, respectivamente.

- 1.5. De acuerdo a lo previsto en el Programa, tras las correspondientes sesiones plenarias y sus respectivas discusiones generales, se constituyeron por inscripción voluntaria de los participantes, las comisiones que, trabajando en paralelo, discutieron —durante las sesiones consecutivas—, los relatos de los temas de la VII Conferencia con presencia respectiva de los ponentes y sus comentaristas oficiales.

Corresponde dejar constancia expresa del alto quórum, la dedicación, interés, seriedad, profundidad y sentido concertante con que se llevaron a cabo las discusiones de grupo en las comisiones constituidas.

Pensamos que ello, más allá de la habilidad y el mérito de los conductores de todos los grupos revela la afinidad de parecer de los participantes, así como la proximidad de su pensamiento y com-

prensión común de los temas debatidos, todo lo cual se nos ocurre está indicando que en el pensamiento de las Escuelas de Medicina de América Latina se va definiendo un perfil cultural de la problemática docente de la Medicina y demás ciencias de la salud que, a la vez que nos aproxima, nos identifica.

Lo que antecede se puso de manifiesto en la presentación de la plenaria final, efectuada por parte de los relatores de comisión, con los acuerdos y las conclusiones extraídas por cada grupo de trabajo, lo cual recibió la aprobación tácita de la asamblea y mereció apenas, observaciones de detalles o estilo.

Conviene señalar también, que el día miércoles 24, tal cual como lo indicaba el programa oficial, se efectuaron las reuniones de la Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina (AVEFAM) y de profesores universitarios interesados en tratar la creación de la Confederación Latinoamericana de Profesores Universitarios. En esta última se acordó que la Asociación de Profesores de la Universidad del Zulia coordinara las labores de promoción de la idea; en tal sentido fue designado el Dr. Luis Moreno Guerra, Presidente de ese Organismo para que desarrollara tareas en torno a la formación de un Comité Organizador que él presidiría, encargado de interesar a los profesores de las universidades latinoamericanas para constituir la Confederación.

No hubo sesión de trabajos libres.

- 1.6. Habiéndose cumplido el programa en la forma antes reseñada, cabe destacar con legítima satisfacción que la VII Conferencia puede afirmar que ha satisfecho lo que la Carta y los Estatutos de la Institución que las convoca, en el sentido de vincular a las Universidades de la región latinoamericana a través del conocimiento y la colaboración mutuas, propendiendo a la integración cultural de los pueblos de América Latina (artículo 1º, incisos c, g y j; artículos 3º y 4º de la Carta de las Universidades Latinoamericanas), así como el artículo 2º acerca de sus fines, y el artículo 34º de sus Estatutos, que señalan la necesidad de preservar los nexos universitarios de las diversas profesiones y mantener la coordinación y continuidad de actividades en un esfuerzo común.
- 1.7. Estoy absolutamente seguro de interpretar el sentimiento unánime de todos los integrantes de esta Asamblea Plenaria, cuando expreso nuestro profundo reconocimiento y tributo de simpatía a la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia y, muy especialmente, a todo el Comité Organizador presidido por el Decano, Dr. Heber Villalobos, pues ha sabido dar a la VII Conferencia una organización y un trámite ejemplar es, que comprometieron el interés y la contribución de todos cuantos tuvimos el privilegio de integrarla, habiéndonos colmado de atenciones que, con sinceridad, agradecemos.
- 1.8. Seríamos injustos en el reconocimiento del esfuerzo y la eficiencia organizativa de esta Conferencia, si no lo extendiéramos, complacidos, a todo el Cuerpo de Secretaría Ejecutiva de los servicios

administrativos de la Conferencia, dirigido por la señora Carmen Simona Matute, el cual se desempeñó con singular eficiencia, finca y sentido de cooperación.

Compañeros asambleístas: Para que cada uno de nosotros pueda testimoniar más cálidamente nuestro reconocimiento al Comité Organizador y todos sus colaboradores, propongo que nos pongamos de pie y le expresemos nuestro aplauso.

## 2. Consideraciones sobre el Temario y los Acuerdos respectivos

En la conformación del Temario de esta VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, creemos posible desentrañar tres vertientes fundamentales como condicionantes de los temas elegidos.

Una de ellas es, *primero, el progreso científico incesante de la medicina*; otra es, en *segundo lugar, la preservación de una efectiva educación científica del médico*; la última, por fin, en *tercer lugar, son los reclamos comunitarios para la mejor atención integral de su salud*.

### 2.1. El progreso científico

El progreso científico acelerado e incesante se establece no sólo en base a la incorporación de nuevos conocimientos pertenecientes, muchas veces, a disciplinas no tradicionales en los currículos de estudios médicos, sino también —y de modo muy significativo— a la incorporación de nuevos métodos y técnicas para la profundización del conocimiento.

Si a ello agregamos el hecho de que las componentes psicológica y sociología de la Medicina han encontrado, por fin, en nuestro tiempo, el lugar que naturalmente les corresponde, es totalmente lógico que se incorporen a la enseñanza médica las correspondientes bases científicas de estas otras dos dimensiones que contribuyen, con la vertiente biológica, a configurar el saber integral del médico.

Es por eso que nadie puede dejar de admitir la necesidad de enriquecer el currículo médico con los nuevos contenidos del conocimiento científico integral y moderno de la Medicina.

Sin embargo, es sí motivo de preocupación, la forma según la cual —el cómo dichos conocimientos deberán ser incorporados. El agregado de los mismos bajo la forma interminable de nuevas materias curriculares que compitan por el tiempo con las ya existentes, parece francamente desaconsejable.

No siendo del caso de recetas infalibles e inflexibles, sino abordar el problema a través de criterios racionales de planificación, comprende llamar la atención sobre los siguientes puntos:

2.1.1. La incorporación de nuevos contenidos debe estar modulada por una correcta definición de los objetivos educacionales.

- 2.1.2. Deben tomarse en consideración las necesidades de formación del médico en aquellos aspectos que lo habiliten para satisfacer las expectativas que la comunidad plantea y exige de aquél, a la vez que de la Medicina a la cual habrá de incorporarse.
- 2.1.3. Es de advertir y se tendrá en cuenta anticipadamente, que las estructuras académicas, curriculares y administrativas tradicionales en la mayoría de nuestras Escuelas de Medicina, habrán de constituir un obstáculo que interferirá con la necesaria modernización curricular. A ello se agregará un mecanismo psicológico de prevención y resistencia al cambio, predominante en los profesores, no excluye a los estudiantes.
- 2.1.4. Lo antedicho justifica la existencia de organismos técnicos—oficinas centrales o departamentos de educación médica—con presencia de planificadores de la educación, psicólogos y pedagogos médicos, que estén en condiciones de efectuar la planificación racional de la docencia nueva, así como de abordar las situaciones conflictivas antes previstas.
- 2.1.5. Es necesario crear conciencia entre profesores y estudiantes respecto al cambio, promoviendo el trabajo de ellos mismos en la planificación y evaluación de la enseñanza nueva, propendiendo a un cambio axiológico en sus esquemas educacionales.
- 2.1.6. Es preciso buscar soluciones estructurales a través de las cuales se remueva la concentración arbitraria y absoluta de poder que imperaba en las cátedras tradicionales.
- 2.1.7. En la conformación del currículo, deberán atenderse principios organizativos tales como:
- flexibilidad;
  - simplicidad;
  - progresividad creciente en la complejidad;
  - integración horizontal y vertical del conocimiento;
  - aplicabilidad y sentido de realidad en las tareas del aprendizaje.

## 2.2. *La educación científica*

En cuanto a la preservación de una efectiva educación científica del médico, cabe señalar que ella no puede lograrse sin que todo docente que esté a cargo de la formación de los estudiantes de Medicina participe activamente en tareas de investigación científica en cualquier área de la problemática médica, sea ésta biológica, psicológica o social, de naturaleza básica o aplicada. Ello contribuirá a elevar, vitalizar y garantizar la calidad de la docencia, a la vez que, por un mecanismo retroalimentador, preservará la formación de nuevos investigadores y de docentes de auténtico valor científico.

Además, la participación de los docentes en tareas de investigación —la cual se ajustará a proporciones no rígidas que contemplen, a la vez, sus inclinaciones y las necesidades de los programas científicos y docentes de su escuela— garantizará la contribución de la institución al progreso efectivo de la ciencia y a la creación del conocimiento.

Es de destacar la importancia que cobra, cada vez más, la formación científica del estudiante de Medicina en épocas en que el progreso del conocimiento es tan acelerado.

Para ello es importante el contacto con investigadores calificados, pero más importante aún es adquirir para siempre una postura o una actitud científica y crítica para la adquisición del conocimiento. A esos efectos, no hay quizás mejor modo de hacerlo que familiarizarse con el método científico usándolo, es decir, investigando.

La posibilidad de desarrollar la docencia en base a actividades que conduzcan al aprendizaje a través de una actitud indagatoria y heurística ante la realidad será la mejor forma de contribuir al objetivo planteado.

Todo lo que antecede conduce al pleno reconocimiento de la importancia considerable de la investigación como factor determinante en la docencia.

Una cuestión sobre la que no puede pasarse por alto es el hecho de que, en buena parte de los gobiernos a la adjudicación de recursos financieros destinados a la investigación, o aún, —como es la situación de Uruguay—, a cumplir con lo que establecen las leyes nacionales en materia de distribución de recursos para gastos de funcionamiento.

Si bien es cierto que la investigación depende en forma prevalente de una actitud hacia la problemática médica —actitud que está ligada a una postura intelectual y a la vez metodológica frente a lo desconocido— no cabe duda de que la existencia de recursos financieros, instrumentales y locativos, si bien no constituye una condición suficiente para que exista investigación científica en nuestras escuelas es, obviamente, una condición necesaria.

Es por ello que muy lejos del simplismo que consiste en atribuir todas las insuficiencias de desarrollo y posibilidades de la investigación en nuestras escuelas a la carencia de recursos financieros —que no hace sino impedir la profundización del análisis situando las culpas afuera, es necesario advertir que en muchos países se está produciendo una marginación de la Universidad, en la inversión de recursos con destino a la investigación, o que implica, además de una forma clara de agresión, ignorancia absoluta por parte de los gobiernos que así proceden de que, *en la gran mayoría de nuestros países, la casi totalidad de la investigación científica es hecha en las universidades.*

### 2.3. Los reclamos comunitarios

Los reclamos comunitarios para la mejor atención integral de la salud se satisfacen o expresan a través de:

- 2.3.1. El aprovechamiento pleno de las estructuras destinadas a la atención integral de la salud;
- 2.3.2. La necesidad de elevar los niveles técnicos en la prestación de asistencia;
- 2.3.3. Las demandas de una docencia de medicina integral para la formación de un médico capacitado no sólo para las áreas curativas, sino también para las de promoción, prevención y rehabilitación.

Estos tres factores mencionados son los determinantes poderosos para la integración de la enseñanza con los servicios médicos y de Salud Pública.

*Dicha integración hace posible que los servicios de salud se constituyan en amplio campo de práctica profesional para el adiestramiento de todos los estudiantes de las escuelas de ciencia de la salud, con beneficio recíproco para ambas partes.*

En efecto, la presencia de universitarios —docentes y estudiantes— en los servicios de salud eleva el nivel asistencial de los servicios y la capacitación técnica de su personal.

A través de la calificación y selección de hospitales y servicios aptos para la docencia se está promoviendo un estímulo generador de cambios y de superación.

Además, la vinculación permite a las Facultades de Medicina tener una mejor visión de los problemas de salud y una preocupación por los aspectos estructurales a nivel nacional, dándoles oportunidades de contribuir en la elaboración y ejecución de planes y programas. Correspondientemente, los organismos oficiales se benefician de un asesoramiento técnico calificado.

El mayor beneficio mutuo se alcanzará cuando toda la población tenga acceso a un sistema de atención de su salud integral e igualitario, así como cuando todos los estudiantes idóneos ingresen a las Facultades de Medicina sin otras limitaciones que las determinadas por los planes de salud.

Si bien la situación de la enseñanza en las ciencias de la salud y las posibilidades del ejercicio profesional están fuertemente influenciadas por la historia del desarrollo económico y social de cada pueblo y su lucha por las libertades públicas y sus derechos, es necesario considerar —cualesquiera sean las condiciones— la necesidad de formular un plan nacional de salud y una política para llevarlo a cabo.

La definición de salud efectuada por expertos de la Organización Mundial de la Salud y la caracterización de las variables sociales que la determinan, no tienen neutralidad desde el punto de vista de su significado político-social, puesto que el ideal de salud postulado por la OMS, sólo se alcanzará a través de un cambio radical

de las estructuras, capaz de generar el bienestar social y no la enfermedad.

Se han aceptado como objetivos básicos de la integración de la enseñanza con los servicios médicos y de la salud pública, los siguientes:

*Primero:* Posibilidades de formular y ejecutar una política nacional de salud;

*Segundo:* Coordinar, en todos los niveles de decisión, planes, programas y recursos introducidos en la prestación de servicios de atención médica;

*Tercero:* Integrar los recursos docentes y asistenciales en base a necesidades de atención de salud de la población, ajustándose a las condiciones de morbilidad y mortalidad, así como a la distribución ecológica y al logro de una plena cobertura y eficiente mejoramiento de los niveles de salud.

Constituye un progreso de inestimable valor, incorporar a la comunidad, que es usuaria de los servicios de salud, a las responsabilidades de todo tipo inherentes a la actividad de los mismos.

La formación administrativa del médico es un aspecto culturalmente descuidado en nuestra educación profesional tradicional. Sin embargo, ello debe ser necesariamente corregido para la mejor utilización y más alto rendimiento de los recursos existentes, poniendo especial atención en la capacitación de todos los profesionales de la salud en los aspectos administrativos inherentes a su quehacer.

En esta postura, el concepto exclusivista y aristocratizante de la formación del médico en Facultades de Medicina, va dando paso, cada vez más, a un criterio mucho más integral de la formación de todos los profesionales en ciencias de la salud, uno de los requerimientos indispensables para la concreción efectiva de cambios.

En el análisis de la coordinación e integración de las Escuelas de Medicina con los organismos oficiales de salud no puede dejar de tenerse en cuenta que no es lo mismo integrar y/o coordinar planes, programas y actividades de servicios cuando las relaciones que existen entre el gobierno y la universidad se establecen dentro de un marco de perfecta identificación para el logro de un fin común—situación ideal—, que en aquellos otros casos, desgraciadamente muy frecuentes, en que las universidades son fundamentalmente acosadas u hostilizadas de modo diverso por parte de los gobiernos que no toleran el cuestionamiento que ellas—a modo de conciencia crítica nacional— hacen de las situaciones de injusticia social o desborde dictatorial de autoridad que sufren los países a los cuales pertenecen.

En la situación ideal, no existe razón alguna para establecer un celo automático en los acuerdos de integración y existen las máximas posibilidades para la coordinación, siempre necesaria y ventajosa.

Sin embargo, en las otras situaciones aludidas, los acuerdos o convenios que se celebren entre las Facultades o Escuelas de Medicina y los organismos oficiales de salud, deben efectuarse con entera preservación y respeto por los aspectos técnicos, docentes y administrativos de la autonomía universitaria.

Obvio es que para nosotros, autonomía no significa posibilidades de alienación ni insensibilidad, sino preservación de nuestros fueros de la agresión de los gobiernos, particularmente molestos por la preocupación social de la Universidad Latinoamericana.

*Nuestra Universidad es la casa de la cultura y la cultura es un instrumento de liberación. Es por ello que, en todos los planos, debemos ser celosos custodios de su autonomía.*

### 3. Consideraciones finales:

Permitidme ahora, para finalizar, sólo unas breves consideraciones más. Compañeros de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina:

Que nuestra fraternidad de hoy, nuestros sentimientos honestos en favor de la educación médica de los estudiantes y graduados de América Latina, nuestra preocupación por la elevación de los niveles de atención de salud de nuestros pueblos, nuestras inquietudes compartidas por el progreso científico de la Medicina y todas las ciencias de la salud, para servir al bienestar social de la humanidad no queden sólo como expresión de deseos o como formulaciones lógicamente enunciadas y correctamente escritas.

Que en función de todo eso, seamos capaces de formar, efectivamente, en nuestras facultades y escuelas, médicos que —además de técnicos científicamente preparados— sean hombres sólo y verdaderamente comprometidos con su gente, con su tierra y con su tiempo, que si se han hecho médicos, no lo ha sido para lucro, relevancia o gloria, sino para ser más eficaces en su condición de herramientas humildes de servicio social.

Que todo sea así, y que trasmutemos nuestro pan en nuestro trabajo y nuestra voluntad indeclinable cada día, para que *todos* los niños de nuestra tierra *puedan comer*, —porque así se prevendrán la mayoría de sus enfermedades; para que *todos* los jóvenes de nuestra tierra *reciban educación*, —porque entonces florecerá la inteligencia de estos pueblos; para que *todos* los obreros de nuestra tierra generosa,

—extraigan el petróleo o el estaño y el cobre;

—corten la caña o cosechen el café;

—trabajen el suelo o cuiden sus haciendas;

—manufacturen sus productos o realicen tareas profesionales,

lo hagan *recibiendo salarios decorosos*, sin ser objeto de la explotación por parte de otros hombres —connacionales o extranjeros—, porque de ese modo, *todos* habremos alcanzado la dignidad social, sin la cual será siempre vulnerable nuestra dignidad individual.

Para que, por fin, no haya niños ni madre sin techo ni protección, porque cuando todo ello sea logrado habremos liberado a nuestras patrias de la dependencia y del colonialismo, y sólo entonces, cabalmente, habrá salud para todos.

Compañeros:

Que seamos siempre fraternos; que no nos falten nunca la lucidez, la voluntad y el coraje.

PABLO CARLEVARO

Relator General

VII Conferencia de Escuelas de Medicina  
de América Latina

Decano de la Facultad de Medicina de  
Montevideo, Universidad de la República,  
Uruguay



## ACTO DE CLAUSURA

Este acto tuvo lugar en el Salón Caroní, del Hotel del Lago el día 25 de noviembre de 1971. Estuvo a cargo del Dr. Heber Villalobos, quien pronunció el discurso relativo.

### PALABRAS DEL DR. HEBER VILLALOBOS

#### *Distinguidos Delegados:*

Hoy estamos arribando a la meta que nos trazáramos los miembros de la Comisión Organizadora de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina, cuando en la oportunidad en que la Universidad venezolana, atendiendo al llamado de la UDUAL, acudiera a la cita que había sido fijada en la acogedora ciudad de Guatemala, y nuestro país fuera honrado al serle asignada la inmensa responsabilidad de organizar y desarrollar la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de los países latinoamericanos para el año de 1971. Posteriormente, por decisión de la Asociación de Facultades (Escuelas) de Medicina de Venezuela, como un homenaje a los 25 años de la reapertura de nuestra Universidad del Zulia, fecha grata cuya conmemoración ocurrió el pasado mes de octubre, fue señalada nuestra Facultad para cumplir tal cometido.

Conscientes de tan magna responsabilidad nos dimos de inmediato a la tarea encomendada para lo cual no contábamos sino con una gran voluntad de servicio y el acicate que para nosotros significaba esta oportunidad para poder contribuir aun cuando en modesta forma y proporción, a estimular el ideal de confraternidad entre los pueblos de Latinoamérica y escalar un paso más en la identificación e integración cultural, científica y educativa de los mismos. No somos los miembros de la Comisión Organizadora los llamados a enjuiciar la tarea cumplida, pero sí queremos en esta oportunidad expresar la inmensa satisfacción que hemos experimentado a lo largo de la jornada, porque hemos podido conocer mejor y más de cerca a las gentes de nuestros pueblos latinoamericanos.

Tres factores, a juicio nuestro, han sido fundamentales para el logro del objetivo propuesto, a saber: el respaldo irrestricto de la Secretaría General de la UDUAL, de todos y cada uno de sus miembros integrantes, quienes en todo momento nos brindaron no sólo su apoyo, sino también su vasta experiencia en la organización de este tipo de eventos; la asesoría de la

Asociación de Facultades (Escuelas) de Medicina de Venezuela y lo que podríamos considerar quizás como el factor más importante, la entusiasta colaboración de los asistentes a esta VII Conferencia, sin cuya activa y decidida participación, muy poco habríamos logrado.

La presentación y discusión de los temas resultaron por demás interesantes, como se demuestra por las conclusiones y recomendaciones acordadas por las Comisiones de Trabajo, cubriéndose tres aspectos de capital importancia en la vida de nuestras Facultades: la investigación (por el tema N° 1) la asistencia (por el tema N° 2) y la docencia (por el tema N° 3).

Al término de la jornada, sin embargo, una preocupación nos asalta, por no saber, ni tener medios al alcance para ello, cuál va a ser el destino de los documentos finales en cuanto a la aceptación y puesta en marcha de las recomendaciones y conclusiones acordadas. Por ello hacemos énfasis al señalar que es necesaria y urgente la creación de mecanismos que permitan establecer la continuidad en los programas auspiciados por la UDUAL, como garantía del beneficio que deben tener nuestras Escuelas de Medicina derivados de estas u otras actividades.

Señores delegados: al poner punto final a esta Conferencia, los miembros de la Comisión Organizadora y de la Mesa Directiva queremos hacer público reconocimiento a las Instituciones y personas que en forma desinteresada nos brindaron colaboración para programar y desarrollar este evento, cuyo fruto más importante ha sido el fortalecer la confraternidad de los pueblos de América Latina, cuando al darnos cita en Venezuela hemos roto las barreras de todo orden, para confundirnos en estrecho abrazo de amistad y camaradería, no pudiendo ocultar la inmensa satisfacción que la presencia de ustedes en esta tierra nos ha proporcionado a los venezolanos todos.

Feliz retorno, hermanos latinoamericanos, a vuestros países es nuestro mayor deseo, con la formal invitación para la próxima cita en el año 1973 en la encantadora ciudad de La Habana, capital de Cuba.

## DECLARACIÓN

Vistas las denuncias expuestas en la quinta sesión plenaria de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina (UDUAL), acerca de la situación universitaria y social imperante en Bolivia:

En conocimiento de que la *Universidad* en dicho país ha sido víctima de una agresión inusitada y salvaje, que consistió en un bombardeo por dos veces reiterado, con intervención de la aviación y de los tanques, que dejó un saldo trágico consistente en decenas de estudiantes muertos.

Vista la entrada a la Universidad Mayor de San Andrés, y su Facultad de Medicina, de tropas de asalto de los "rangers" que produjeron destrucción, saqueo y robo con ensañamiento especial para con el Instituto de Biología de la Altura, uno de los más importantes centros científicos de Bolivia.

Dada la clausura de la *Universidad* y de todos los ciclos de educación en sus diversos niveles, así como la superación oficial de la Confederación Médica Sindical de Bolivia:

Vista la implantación de la pena de muerte, los fusilamientos, la persecución implacable a catedráticos y estudiantes universitarios, los confinamientos en campos de concentración instalados en zonas selváticas e insalubres, y la pérdida completa de los derechos y garantías individuales del ciudadano:

Considerando que la historia de la América Latina señala a las Universidades como instituciones comprometidas con la independencia y la libertad:

Que los hechos denunciados no obstante el tiempo ya transcurrido ponen de manifiesto la barbarie que anima a las dictaduras oligárquicas del continente que, como en Bolivia, atentan impunemente y, a la vez contra la vida de los jóvenes, la educación y la cultura, sin mostrar la más mínima tendencia a su reparación:

Por todo lo que procede, la asamblea plenaria de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina del Continente, por unanimidad, declara:

- 1o. Su más profunda y fraterna solidaridad con el pueblo de Bolivia y su Universidad Autónoma clausurada.
- 2o. Su convicción de que esta agresión a los valores más auténticos de la cultura no hará sino acelerar la toma de conciencia hacia la liberación de nuestros pueblos.

DR. HEBER VILLALOBOS

Presidente

DR. VARAN VON SMITH

Secretario General

## A P É N D I C E S

APÉNDICE 1: "Importancia de la enseñanza de la inmunología en las escuelas de medicina latinoamericanas", por el Dr. Helman Serrano. Inmunología.

APÉNDICE 2: "El papel de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina latinoamericanas, con especial referencia a la Escuela de Medicina de LUZ", por el Dr. Francisco Gómez Padrón. Medicina Preventiva Biomédica.

APÉNDICE 3: "La enseñanza en las escuelas de medicina de las nuevas disciplinas que demanda la vida contemporánea", por el Dr. Angel Brito. Ingeniería Biomédica.

APÉNDICE 4: Comentario sobre el Tema II.



## A P É N D I C E 1

### INMUNOLOGIA\*

"A principios del presente siglo, la Inmunología estaba dedicada casi exclusivamente al estudio de los mecanismos que le confieren a los animales resistencia contra los agentes infecciosos y por tal motivo era una ciencia estudiada como parte de la Microbiología. Sin embargo, como consecuencia de las investigaciones realizadas durante los últimos decenios, la Inmunología abarca ahora una serie de fenómenos mucho más extensos, lo que ha hecho de ella una disciplina que ya ha alcanzado su estado de adulto y es ahora una disciplina científica independiente, pero que permanece inter-relacionada con casi todas las disciplinas médicas y biológicas y pocas de éstas ofrecen tantas posibilidades de efectuar estudios interdisciplinarios.

Vamos ahora a mencionar algunos de los hallazgos significativos que han hecho de la Inmunología una materia tan importante.

Dentro de los numerosos avances en la comprensión de las reacciones inmunológicas que condujeron a muchos investigadores al entusiasmo y actividad inusitados e inmensos, está el concepto expuesto por Sir Mac Farlane Burnett sobre los mecanismos que hacen posible que un individuo pueda diferenciar entre "lo propio y lo ajeno". Se reconoce ya ampliamente el que estos mecanismos se pueden dividir en dos categorías principales: la producción de proteínas séricas con actividad específica de anticuerpos y la proliferación de células especializadas o inmunocompetentes. La médula ósea y el timo, órgano al que hasta hace muy poco no se le conocía una función definida, tienen junto con el complejo sistema linfoideo papel primordial en las reacciones inmunológicas y su interés e importancia aumentarán a medida que se clasifiquen más aún sus funciones.

Los diversos síndromes clínicos asociados con la presencia de demasiada o muy poca gammaglobulina o con anormalidades en las proporciones de algunos de los subgrupos, tales como la hipogammaglobulinemia y el mieloma múltiple, también han sido aclarados en parte y se entienden mejor en términos de los conceptos inmunológicos actuales.

El reconocimiento de nuevos subgrupos de la inmunoglobulinas, como la

\* Corresponde al trabajo elaborado por el Dr. Helman Serrano "Importancia de la enseñanza de la Inmunología en las Escuelas de Medicina Latinamericanas", como colaboración a la presente ponencia sobre el punto III del Temario de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina. (pp. 1 al 5, inclusive).

IgE y su posible papel en las reacciones alérgicas, puede esperarse que ha de contribuir al engrandecimiento del campo de las alergias.

Los enigmas de la fiebre reumática, glomerulonefritis, lupus eritematosos diseminado y otras enfermedades relacionadas con las llamadas reacciones de autoinmunidad o autoalergias, ya no son tan misteriosas como lo eran hace unos pocos años.

El rechazo o aceptación de trasplante y su íntima relación con la constitución genética del individuo, no son ya problemas que le conciernen exclusivamente al investigador en el laboratorio, sino que se han convertido en algo de mayor significado clínico como resultado del desarrollo de mejores técnicas quirúrgicas que han permitido los trasplantes de órganos como el riñón, corazón, pulmones e hígado. Se ha hecho cada vez más obvio que el mayor problema con que se enfrentan los esfuerzos médicos de reemplazar órganos enfermos, es el de poder controlar las reacciones que el organismo desarrolla contra lo que no le es propio y mientras esto no pueda evitarse o eliminarse, la utilidad de tales procedimientos se ve muy limitada y algo lejana al éxito completo.

La supresión intencionada de varias reacciones inmunológicas indeseables, por medio de ciertos compuestos químicos o por medio de hormonas esteroideas ha sido de utilidad muy importante en los trasplantes de órganos y también ha sido aplicado y añadido a los esfuerzos que se hacen para modificar o atenuar algunas de las enfermedades denominadas de autoinmunidad.

El descubrimiento de la capacidad notable del suero y gammaglobulina antilinfocíticos para prolongar la sobrevivencia de los injertos en un avance notable en la búsqueda de inmunosupresores específicos y atóxicos.

No solamente es el suero antilinfocítico de importancia en la biología de los trasplantes, sino que también proporciona un reactivo poderoso para el estudio de la biología de los tumores. Como mencionamos luego, la demostración de antígenos en células tumorales, no deja ninguna duda sobre el hecho de que estos antígenos en las células tumorales, pueden desencadenar reacciones inmunológicas pero todavía queda por determinar cuán significativas estas reacciones pueden ser en la historia natural del cáncer.

Así como existen ciertas enfermedades en donde se observa que los órganos en los que se produce la formación de anticuerpos pueden también enfermar, como la enfermedad de Hodgkin, en las cuales se observan ciertas anomalías de tipo inmunológico, existen también algunas enfermedades de origen desconocido como la sarcoidosis que quizás comiencen a entenderse mejor muy pronto y que acaso correspondan también a la categoría de enfermedades inmunológicas.

Las técnicas para intensificar la respuesta inmunitaria, como el empleo de coadyuvantes; o el trasplante de células o tejidos linfoides idénticos, pueden ser útiles en varias situaciones clínicas como en los casos de enfermedades infecciosas y deficiencias de la función inmunitaria.

Diferentes efectos de la respuesta inmunitaria misma pueden impedir otras respuestas o sus manifestaciones (como por ejemplo, el bloqueo de los anticuerpos en la alergia atópica o la estimulación del crecimiento tumoral en presencia de anticuerpos), hechos de evidente importancia por lo que se refiere tanto a la intensificación como a la supresión.

Otro campo de los muchos en los cuales la biología de los tumores y la biología de los trasplantes se encuentran en el fenómeno conocido como tolerancia inmunológica, ya ocurra en una forma natural o inducida por drogas u otros medios. Su relación con ciertas enfermedades que se desarrollan espontáneamente y en forma natural en animales, tales como la leucemia o el cáncer mamario de los ratones y las leucosis de los pollos, cada una de las cuales es atribuida a un virus oncogénico, presenta la posibilidad de que si se pudiera eliminar tal tolerancia específica en una etapa temprana de la vida del animal, se podrían desarrollar medios para controlar estas enfermedades. Es más, no ha escapado a la atención de muchos investigadores en este campo, que si se determina que la etiología de la leucemia aguda de los niños, se puede comparar a su contraparte en los ratones o pollos, la importancia de cómo se ha desarrollado la tolerancia inmunológica hacia tales tumores será de valor incalculable. Al conocerse mejor el fenómeno de la tolerancia inmunológica específica, estado en que el organismo es incapaz de responder inmunológicamente a un antígeno determinado, ha hecho posible entender mejor los estados de autoalergia o de autoinmunidad en el humano y animales así como las enfermedades neoplásicas naturales y espontáneas en los animales que hemos ya mencionado.

Los antígenos tumorales se consideran como antígenos autólogos y se cree están presentes principalmente en la superficie celular. Se ha planteado la cuestión de si el cáncer humano se presenta sólo en sujetos cuyas respuestas inmunológicas son deficientes o están debilitadas.

Si ulteriores investigaciones confirman la existencia de antígenos cancerosos específicos, podrían tener importancia terapéutica las técnicas de estimulación o intensificación de las respuestas inmunitarias específicas.

A la terminología de antígenos se ha añadido el término de neoantígenos que se cree son sustancias intracelulares originadas por virus oncogénicos del grupo DNA; también existen otros antígenos que hasta ahora se les ha denominado por medio de letras del alfabeto, tales como — o T-L, se asocian con varias enfermedades neoplásicas inducidas por virus incogénicos del grupo RNA.

Las células que se transforman al estado neoplásico mediante compuestos químicos, virus DNA o virus RNA, son susceptibles al rechazo después de ser trasplantadas a huéspedes animales previamente inmunizados. Las evidencias disponibles hasta ahora tienden a aportar el concepto de que tal rechazo de tumores depende principalmente de reacciones inmunológicas llevadas a cabo a través de células inmunocompetentes y que es comparable en una forma muy cercana con otras formas de rechazo de injertos. Por el contrario, las leucemias inducidas experimentales por virus RNA pueden suprimirse mediante anticuerpos apropiados, y la disponibilidad de esos anticuerpos específicos y potentes, han hecho posible la demostración de una inmunización pasiva contra trasplantes de leucemia en animales.

Aunque varios antígenos de células tumorales pueden originar una serie de reacciones inmunológicas en huéspedes susceptibles y pueden conducir al desarrollo de inmunidad contra el trasplante experimental del mismo tumor, se han realizado intentos de alterar el curso de un neoplasma ya establecido, y hasta ahora todos, con excepción de unos pocos, han resultado sin éxito alguno. A pesar de esto, los rápidos avances que están ocu-

riendo en este campo podrían en cualquier momento corregir esta situación poco satisfactoria.

La inmunología también hizo posible que la eritoblastosis fetal o enfermedad hemolítica del recién nacido, debida a incompatibilidad Rho y sensibilización materna, pudiera ser evitada o prevenida mediante la administración de una gammaglobulina anti-Rh<sup>+</sup> a madres que dieran a luz hijos que fuesen Rh<sup>+</sup>.

La inmunología también hizo posible y ayudó en forma innegable al esclarecimiento de muchas incógnitas presentes hasta no hace muchos años en el campo de la genética y biología molecular, sin embargo, los investigadores en el campo de la inmunología andan desesperadamente tratando de conseguir la respuesta final a la incógnita de cómo son producidos los anticuerpos, pero más específicamente sobre los mecanismos por los cuales se inician dichos procesos. Podemos anticipar que lógicamente la información sobre estos mecanismos será de gran importancia para el clínico, al proporcionarle a éste los medios para reforzar los procesos inmunológicos naturales o para sustituirlos cuando se encuentren deficientes o ausentes; por otra parte, esta información sería también de gran valor para limitar la reacción del huésped al injerto para controlar alergias, y en general para manejar mejor las condiciones patológicas que tengan su origen en reacciones inmunológicas. Después de todo, una vez que sepamos exactamente cómo se fabrican los anticuerpos, podremos elaborar nuevas fórmulas o medios para estimular o deprimir dicha formación de anticuerpos.

El desarrollo de técnicas inmunológicas más refinadas ha permitido el diagnóstico de diversas condiciones clínicas así como el mejor estudio de su evolución y respuesta al tratamiento instituido.

Los métodos inmunoquímicos y de inmunofluorescencia han alcanzado un auge tal que actualmente son métodos indispensables en cualquier enfermedad inmunológica infecciosa. El serodiagnóstico de las enfermedades infecciosas, se ha perfeccionado mucho, especialmente en las enfermedades parasitarias y micóticas, y esto ha sido posible gracias al desarrollo de técnicas como el método indirecto de anticuerpos fluorescentes. Las pruebas cutáneas quizás lleguen a ser reemplazadas por métodos de cultivo celular in vitro para la identificación de ciertos estados de hipersensibilidad. El diagnóstico inmunológico es indispensable para el diagnóstico de trastornos inmunitarios bien definidos como el mieloma, y para el estudio de enfermedad de posible etiología inmunitaria como el lupus eritematoso generalizado y la artritis reumatoidea.

Al mismo tiempo, el desarrollo de nuevas técnicas inmunológicas ha permitido determinar cuantitativamente hormonas y otras proteínas séricas humanas.

La inmunología sigue siendo uno de los medios científicos auxiliares más útiles en criminología y medicina legal.

Por último, la inmunología ha aportado técnicas analíticas de aplicación en campos tan diversos como la Bioquímica, la Genética, la Embriología y la Antropología".

## A P É N D I C E 2

### MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL\*

"Nadie niega hoy la importancia que la Medicina Preventiva y Social tiene en la educación médica básica, por lo cual ha estado recibiendo la debida atención, mostrando a medida que transcurre el tiempo un ritmo cada vez más creciente.

En apoyo de lo dicho más arriba, debemos señalar las dos reuniones celebradas durante los años 1950 y 1952, por el Comité de Expertos de la OMS, sobre Educación Profesional y Técnica del Personal médico auxiliar, así como las Conferencias sobre Enseñanza de la Medicina Preventiva, en noviembre de 1962 en Colorado Springs, USA, a la cual concurren representantes de Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Jamaica. En diciembre del mismo año, se realizó otra en Nancy, Francia, para los países de Europa.

La Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en Londres en agosto de 1953, dedicó una de sus 4 secciones, al tema de la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, y el Primer Congreso Panamericano de Educación Médica, que tuvo lugar en Lima en 1950, como primera conclusión aprobó 'Normar la Educación Médica, hacia la Medicina Preventiva y Social'.

Por último, la Oficina Sanitaria Panamericana, organizó dos Seminarios sobre la 'Enseñanza de la Medicina Preventiva en las Escuelas Médicas Latinoamericanas', uno celebrado en Viña del Mar (Chile) del 10 al 15 de octubre de 1955 y el otro en Tehuacán, México, del 23 al 28 de abril de 1956.

Los métodos tradicionales de enseñanza médica han producido en general, médicos individualistas, sin concepto armónico integral entre las funciones de la prevención y la curación, aunque la enseñanza de la medicina ha logrado seguir aquel concepto en algunas materias, como por ejemplo en Pediatría y Obstetricia. Se hizo notar que muchas de las escuelas representadas están ya organizando sus programas de enseñanza con el fin de corregir esas deficiencias. Por lo expuesto, deben ensayarse y estimularse métodos para que, en su ejercicio profesional, los médicos:

\* Corresponde a ideas y conceptos expresados en el trabajo que el Dr. Francisco Gómez Padrón elaboró como colaboración a la presente ponencia sobre el punto III del Temario de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina. (pp. 1 a la 3 inclusive).

- a) Consideren al paciente como una persona que forma parte de una familia y una comunidad y no como un individuo aislado.
- b) Practique la medicina integral: preventiva, curativa y de rehabilitación.
- c) Conozcan y participen activamente en la solución de los problemas de salud de la comunidad en donde actúen.

Debe procurarse que los estudiantes comprendan y aprecien las funciones especializadas de salubridad, reconociendo las limitaciones que un médico general tiene para el desempeño de dichas funciones.

Para lograr los propósitos enunciados se debe destacar el concepto global y unitario de la Medicina. Como una de sus partes, la Medicina Preventiva tiene principios y emplea métodos y técnicos específicos que requieren su enseñanza en una cátedra separada".

### APÉNDICE 3

#### INGENIERIA BIOMÉDICA\*

"Bajo esta denominación, me he permitido agrupar las disciplinas modernas que se consideran actualmente en los programas de medicina y que forman parte de las llamadas 'Ciencias Exactas'. Hasta hace pocos años se hablaba de 'el arte de la medicina' para manifestar el carácter cualitativo y sumamente subjetivo de la práctica médica. El estudiante de medicina ingresaba en la Facultad con el propósito de ejercitar su memoria y olvidarse de las Matemáticas. Y no se equivocaba, puesto que las disciplinas de entonces requerían una buena dosis de memoria y una fe dogmática en los libros de texto y las palabras del profesor. Este concepto ha cambiado radicalmente en los últimos años; la medicina tiende a hacerse más cuantitativa, pierde su carácter 'artístico' y adopta fisonomía científica. Los fenómenos biológicos han perdido su carácter descriptivo y se analizan cada vez más, mediante técnicas matemáticas. La instrumentación se hace cada vez más indispensable al médico general. La literatura científica es un verdadero jeroglífico para quienes adolecen de falta de conocimientos matemáticos básicos. Por consiguiente se hace necesario introducir en los programas modernos de medicina una buena dosis de 'Ciencias Exactas'. En mi opinión, la introducción de estas ciencias en medicina se hace sobre todo necesaria en nuestros países, en donde el estudiante ingresa en la Universidad sin la preparación equivalente al 'College' de los países desarrollados. Y el objetivo de estas ciencias estaría dirigido a dotar al estudiante con las armas básicas para la comprensión de la literatura científica y a entenderla en las técnicas y métodos matemáticos que puedan ayudarle a solucionar los problemas biomédicos.

#### *Comentarios en relación con la enseñanza de 'Ciencias Exactas' en las Escuelas de Medicina*

##### a) MATEMATICAS:

Puesto que el campo de las matemáticas es sumamente amplio, sería recomendable la formación de un comité que se encargaría de examinar

\* Este título corresponde a un capítulo del trabajo que el Dr. Angel Brito elaboró como colaboración a la presente ponencia sobre el punto III del Temario de la VII Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina. (pp. 5 al 11, inclusive).

las diferentes cátedras existentes en la Facultad de Medicina y elaborar un programa adecuado al nivel de enseñanza impartido por dichas cátedras. En efecto, nada es más contraproducente en el espíritu de un estudiante, que recibir educación matemática en el primer año de medicina y recibir educación de bajo nivel científico (de carácter descriptivo) en los años subsiguientes. O viceversa, no recibir educación matemática y ser puesto en contacto futuro con refinados programas de educación médica. En ambos casos, se crea un estudiante frustrado, confuso y carente de motivación científica. En ningún momento se debe pensar en la introducción de matemáticas, aislada; por el contrario, debe hacerse énfasis en una matemática de carácter local, acorde con las necesidades particulares, armónicas con el carácter de cada Escuela de Medicina. En un estudio nacional acerca de los requerimientos matemáticos en los Estados Unidos para los estudiantes de Medicina, los siguientes cursos fueron considerados en las cátedras:

	Bioquím.	Fisiolog.	Farmacol.	Microbiol.	Patología.
Matemáticas Analíticas	*	*	*	*	*
Cálculo Elemental (un año)	*	*	*	*	*
Cálculo avanzado (1 semestre)	**	***	***	***	
Ecuaciones diferenciales (elementales)	*		***		
Probabilidad elemental				***	
Estadística aplicada	**	**	***	**	**

\* = Necesario; \*\* = Muy recomendable; \*\*\* = Recomendable.

En consideración a este estudio, pudieran establecerse como cursos necesarios para el estudiante de Medicina: 1) Matemáticas Analíticas 2) Cálculo Elemental; 3) Estadística Aplicada.

En estos cursos debería hacerse énfasis en los siguientes conceptos:

1. *Variable*. Dependiente e independiente. Ejemplo de variaciones biológicas.
2. *Función*. Relación entre variables. Representación gráfica de funciones importantes en medicina (exponencial, logarítmica, periódica, etc.).
3. *Límite*. Ejemplos biológicos.
4. *Incremento*. Ejemplos biológicos (incremento de temperatura, etc.).
5. *Rata instantánea de cambio*. Ejemplos (transporte activo, etc.). Conceptos adicionales y que el autor del presente trabajo considera de importancia en medicina.
6. *Sistema de Control*. El Análisis matemático y mediante modelos apropiados de los sistemas biológicos.
7. *Series*. Divergentes y convergentes. Ejemplos biológicos.
8. *Análisis matemático de gráficas*.

## b) ESTADÍSTICA BIOMÉDICA:

Los cursos de Estadística Biomédica se consideran de utilidad solamente si los conceptos bioestadísticos son utilizados repentinamente en los diferentes años de la carrera de Medicina. En mi opinión, estos cursos deberían ser dirigidos a capacitar al futuro médico para la comprensión de la literatura científica, el diseño estadístico de experimentados biológicos, la identificación y colección de material susceptible de ser analizado estadísticamente y a la aplicación de conceptos estadísticos en decisiones concernientes a la salud del paciente (terapéutica, diagnóstico, etc.). Es indudable que estos objetivos no pueden lograrse en un curso aislado, de aquí el énfasis en su aplicación en los diversos años de la carrera. Un ejemplo de la organización de bioestadística es la siguiente secuencia:

### a) Primer año:

Estadística básica que incluiría conceptos fundamentales como:

1. Variabilidad en los datos biológicos.
2. 'Test' de significación.
3. Estimación de intervalos de confianza en parámetros verdaderos.
4. Distribución estadística.
5. Teoría de probabilidades.
6. Suposiciones básicas de los 'test' estadísticos.
7. Errores de tipo I y II.
8. El concepto de regresión.

A este curso de estadística básica, le seguiría un curso de Genética, el cual se ampliaría el concepto de probabilidad y se introduciría el 'test' de Chi-cuadrada.

### b) Segundo año:

En Fisiología se discute la presentación gráfica de datos fisiológicos y se hacen cálculos estadísticos en relación a partes del programa, por ejemplo en la medición de presión sanguínea.

### c) Tercer año:

En Farmacología se dictan clases especiales, sobre conceptos estadísticos aplicables a los ensayos biológicos (efectividad de drogas, etc.).

### d) Cuarto año:

En Medicina Preventiva se estudian proporciones de distribución por edades en relación con demografía, epidemiología y administración de salud pública.

### e) Quinto año:

En Medicina Interna se establece la oportunidad de efectuar estudios estadísticos sobre pacientes (revisión de historias médicas, etc.)

f) *Sexto año:*

En Pediatría se estudian curvas de crecimiento y correlación.

Este esquema debe considerarse como un esquema de 'Bioestadística Integrada'. Cada Escuela de Medicina debe considerar sus características peculiares y establecer las secuencias apropiadas.

c) *BIOFISICA:*

Aun cuando la existencia de cursos de Biofísica es objeto de discusiones controversiales en las Escuelas de Medicina, parece ser que en los últimos años la Biofísica tiende a separarse de Fisiología y a adquirir caracteres definidos en el *curriculum*. Esto obedece a las siguientes razones:

1. Algunas de las áreas de trascendencia en la educación del médico (por ejemplo métodos radioactivos y física nuclear) no pertenecen a la fisiología convencional y por tanto no son contempladas en la mayoría de las Escuelas de Medicina; esto trae como consecuencia que el médico interesado en la utilización de isótopos se vea obligado a tomar cursos de entrenamiento de post-gradó los cuales se ofrecen muchas veces en universidades alejadas de su sitio de trabajo.
2. Debido a que los tópicos biofísicos son dictados por fisiológicos, muchas veces el estudiante recibe un contacto muy superficial en el aspecto básico (verdaderamente biofísico) y muy profundo en el aspecto fisiológico. Esta 'superficialidad' no es consistente con las tendencias modernas en Biología y Medicina.

La creación de programas modernos de Biofísica requiere de nuevo una revisión completa por parte de las diferentes cátedras, especialmente Fisiología con la cual existe una confrontación directa. No queriendo ser controversial, quiero enumerar enseguida *solamente* las áreas de Biofísica no relacionadas con Fisiología y que por su importancia médica deberían ser incluidas en los programas modernos de medicina:

- I) Métodos radioactivos y Física Nuclear.
- II) Instrumentación.
- III) Teoría de Sistemas de Control.
- IV) Biología Molecular.

Me permito llamar la atención a la posibilidad de dictar un programa moderno de Biofísica mediante la colaboración de investigadores locales, interesados en áreas de Biofísica, ejemplo: Programas de Biofísica de la Facultad de Medicina de LUZ, año lectivo de 1970.

d) *COMPUTEROLOGIA:*

Es indudable que el uso de computadores ha significado un adelanto notable en la investigación médica y en la clínica práctica. Este es uno de los cursos que puede ser ofrecido mediante el sistema de 'electivos'. No

se pretende profundizar en el estudio de computadores, sino más bien hacer del conocimiento del estudiante los tipos de computadores y los problemas de computación, hacerle notar las facilidades y exactitudes del método y capacitarlo para diferenciar los problemas médicos susceptibles de ser tratados mediante computadores. El mejor método de enseñanza consiste en la selección de tópicos médicos susceptibles de ser tratados mediante computadores, los cuales deberían ser discutidos históricamente, es decir, el análisis primitivo, etc., hasta llegar al uso de computadores. Luego se hace una demostración práctica. Un programa ejemplo es el siguiente:

1. Introducción.
2. Cálculos de equilibrio fluido-electrolitos.
3. El manejo de datos en relación al cuidado del paciente.
4. Proceso fotográfico.
5. Diagnóstico.
6. Proceso de Series (en función de tiempo —el electroencefalograma.
7. Proceso de cletrocardiogramas.
8. Automatización del laboratorio clínico.
9. Plancamiento de tratamiento radiactivo.
10. Simulación cardiovascular radioactivo.



## COMENTARIO SOBRE EL TEMA II:

“Integración de la enseñanza con los servicios médicos y de salud pública. Estudios nacionales y regionales para la realización de este propósito”.

Por el DR. JUAN ALVAREZ TOSTADO M.\*

“La enseñanza de la Medicina, más que otra alguna, debe ser esencialmente objetiva, tiene que hacerse en los enfermos, y todas las naciones civilizadas han convenido en que los que se asistan por la beneficencia pública, sirvan para la enseñanza clínica. Esta práctica redundará en beneficio de los enfermos mismos, que son asistidos con más asiduidad y más cuidadosamente observados. La experiencia de todos los siglos ha demostrado que los mejores médicos son los que han hecho sus estudios en la clínica. Ese beneficio para ellos y esta ventaja para los alumnos que se dedican al estudio de la Medicina, imponen la necesidad de completar los establecimientos hospitalarios con departamentos apropiados para hacer la enseñanza médica.” Dr. Eduardo Liceaga, 1895.<sup>1</sup>

“Que es importante incorporar al proceso docente a hospitales y otros establecimientos de salud pertenecientes a los ministerios, a la seguridad social y a la asistencia social pública y privada...” Grupo de expertos de la Organización de Estados Americanos y de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1969.<sup>2</sup>

He leído 2 de las tantas formas en que ha sido expresada en diferentes épocas una misma idea: la de efectuar las actividades docentes en los mismos sitios en que realizan, día a día, sus labores las profesiones de la Medicina, sincrónicamente y en armonía.

Las razones de la vigencia de esta intención hasta nuestros días son de índole diversa, unas permanentes, como las de carácter pedagógico, que señalan la conveniencia de *aprender haciendo* y otras circunstanciales, como la creciente demanda de atención médica, que obliga a *aprender sirviendo*.

El Dr. Alfredo Jadresic en el trabajo que se comenta, expresa lo anterior diciendo que la vinculación de las facultades de Medicina con los organismos que tienen a su cargo la atención de la salud, nace como una necesidad de formar al médico con pleno conocimiento de la realidad en salud del país

\* Jefe de Asesoría Técnica de la Subsecretaría de Asistencia,

en que vive y de la ventaja de que conozca durante su formación el sistema institucional en que le corresponderá desempeñarse.

En México como en otras partes del mundo, prácticamente todos los médicos se han formado en hospitales que no dependen de las instituciones de educación superior. En nuestro medio, el hospital universitario, relativamente de reciente surgimiento, no es ni podrá ser el sitio habitual de formación del personal para la salud.

Debe concebirse como un centro de experimentación y evaluación de nuevos currícula y métodos de enseñanza que posteriormente sean aplicados en los establecimientos de atención médica dependientes de las instituciones de salud y seguridad social.

El hospital universitario para lograr sus propósitos, debe como ya ha sido afirmado en otras ocasiones, adaptarse a la realidad epidemiológica, social, económica y cultural de la comunidad, pues de lo contrario se corre el riesgo de que los modelos docentes propuestos en forma teórica, resulten inaplicables en la práctica.

Por otra parte, además de que el hospital cumpla con el papel tradicional de contribuir en el adiestramiento clínico de los profesionales de la salud, poco a poco se ha venido generalizando la idea de que amplíe sus funciones y abarque la enseñanza de las asignaturas llamadas básicas, en tal forma que junto con otros establecimientos sanitarios asistenciales sea capaz de desarrollar en su totalidad los planes de estudio aprobados por la Escuela de Medicina con la cual coordine sus funciones.

Para llevar a la práctica tal conjunción de funciones, es indispensable utilizar diversos procedimientos administrativos de los cuales la coordinación y la integración resultan ser los instrumentos más útiles.

Cuando los recursos son pocos no basta, para considerar eficiente a una institución, comprobar que los utilizó correctamente; es indispensable aprovechar los que estén disponibles, sean propios o ajenos. Para servirnos de estos últimos disponemos de la coordinación. Este instrumento administrativo al aplicarlo correctamente permite que el recurso propio se refuerce con el ajeno, acción recíproca y sincrónica que para tener lugar debe realizarse en armonía, con objeto de que la búsqueda del objetivo por cada una de las partes, no sea interferida, lo que es factible cuando las instituciones que se coordinan se respetan mutuamente, tienen personalidad propia y son administradas en forma eficiente y coinciden o se complementan cuando menos parcialmente, en sus propósitos.

Al respecto, el Dr. Pedro Daniel Martínez dice: "...coordinarse quiere decir librarse de la improvisación y protegerse del aislamiento. Coordinar no es regimentar ni imitar, es, por lo contrario, asegurar la propia originalidad, enriquecerse con las realizaciones de los demás y, finalmente, entregarse con todo y tarea, en resuelta manifestación de confianza, a la misión común."<sup>3</sup>

Un plantel docente y una institución de atención médica deben en principio cumplir esos requisitos y tienen entre sus metas algunas que se complementan como la docencia, la investigación y la difusión de la cultura en el campo de la salud; son por lo tanto, establecimientos que deben coordinarse.

En relación al segundo procedimiento, técnicamente aceptamos que integrar es obtener y articular los elementos materiales y humanos, que la

organización y la planeación señalan como necesarios para el adecuado funcionamiento de un organismo social. Pero para el caso presente, debemos entender por integración la incorporación de funciones semejantes de diversas instituciones, bajo una misma jefatura, hecho que garantiza la unidad en la doctrina y en la acción, así como el aprovechamiento óptimo de los recursos, el impedir su duplicación innecesaria.

Los rasgos sociales ideológicos y de gobierno de nuestras naciones así como sus políticos de desarrollo en general y de salud y educación en particular, serán la base en que se apoye la selección del procedimiento. Para algunos la integración será lo adecuado, para otros, la coordinación habrá de cumplir igual papel.

En el caso de nuestro país, México, el Dr. Carlos Campillo Sainz, Subsecretario de Asistencia de la S.S.A., ha expresado las políticas de salud que orientan las acciones sanitario-asistenciales en el presente régimen, una de las cuales, la número 15, después del enunciado "Favorcer el desarrollo de Actividades Docentes", a la letra dice: "El principal recurso de los países y de las instituciones, en el recurso humano constituido por el personal técnico y profesional debidamente capacitado. Formarlo y adiestrarlo, es tarea que nos corresponde y nos corresponderá siempre, tanto si la realizamos con nuestras solas fuerzas, como en colaboración con otras instituciones de salud o con universidades y planteles de enseñanza superior.

La Secretaría pugnará por tener en cada médico y enfermera, en cada técnico y laboratorista, alguien capaz de transmitir a los demás, sus conocimientos y experiencias, de impartir sus enseñanzas, de ser en suma, un maestro dentro de su personal esfera de acción. Asimismo, cada uno de nuestros hospitales, centros de salud y consultorios habrá de considerarse como una escuela o al menos, como una aula siempre activa. Colaboraremos así en la importante tarea de formar los técnicos y profesionales que México necesita para la causa de la salud".<sup>4</sup>

Integrar o coordinar; la decisión del camino a seguir, corresponde a cada país o tal vez el camino sea sólo uno y lo demás cuestión de semántica. Lo importante es recorrerlo bien y de prisa para llegar a tiempo a la meta.

Los establecimientos de salud pertenecientes a los ministerios, a la seguridad social y a la asistencia social pública y privada así como las universidades y demás instituciones educativas deben realizar la parte que les corresponda en la tarea de formar los profesionales de la salud que nuestra sociedad requiere.

Chile está andando buena parte del camino y la organización de unidades docente-asistenciales a lo largo de todo el país, constituidas por las universidades y las diferentes instituciones del Servicio Nacional de Salud, es sin duda una buena medida.

La descentralización debe ser hoy en día, política latinoamericana en el campo de la educación; los esfuerzos que se realicen con tal orientación reeditarán no sólo en el terreno educativo, también recibirán dividendos importantes: los servicios para la salud, la investigación científica, la difusión de la cultura y el propio trabajador de la salud, que se verá vigorosamente estimulado al percibir que es más útil y gratificante su cotidiana labor cuando comprende actividades docentes.

Los establecimientos y métodos docentes tradicionales van dejando desde hace algunos años de ser los adecuados. El incremento demográfico, la

demanda cada día creciente de niveles superiores de educación, el desarrollo de la ciencia y la tecnología y las nuevas corrientes de pensamiento son rasgos que dan forma a una nueva situación social que requiere nuevas fórmulas para resolver sus problemas y continuar la eterna búsqueda del bienestar común.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Liceaga, Eduardo. Proyecto de Hospitales Generales en la Ciudad de México. Colección de Documentos, Imprenta de Eduardo Dublán. México, 1900, p. 17.
2. Organización Panamericana de la Salud. Coordinación de la Atención Médica. Publicación Científica, 201 Washington, D. C., 1970, p. 9-10.
3. Martínez, Pedro Daniel. Coordinación entre la Salud Pública y la Seguridad Social. Salud Pública de México. Vol. VIII, No. 6 pp. 837-40. Noviembre-diciembre, 1966.
4. Campillo Sáinz, Carlos, Políticas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 1971-1976. Salud Pública de México, Vol. XII, No. 2. pp. 229-35. Marzo-abril, 1971.

Esta obra se terminó de imprimir el día 28 de julio de 1972, en los Talleres de Tipográfica "Cuauhtémoc", Tata Vasco 90, Coyoacán 21, D. F.

La tirada fue de  
1 000 ejemplares.

