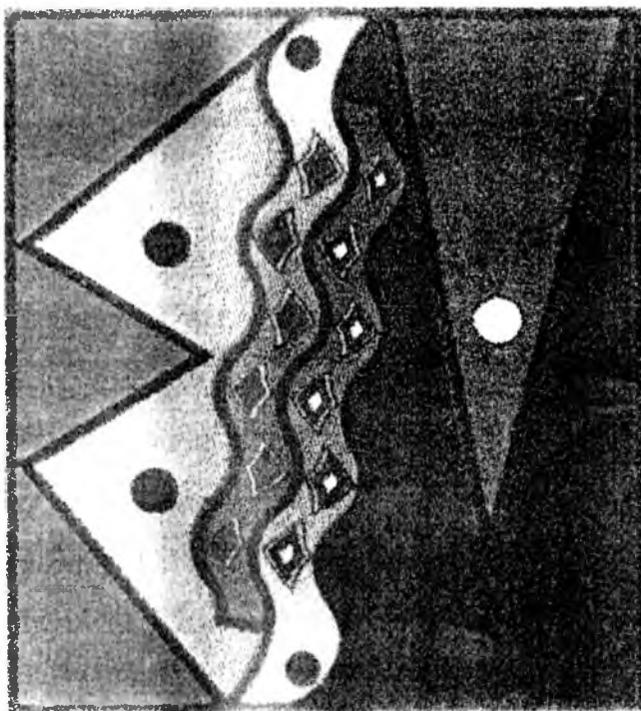


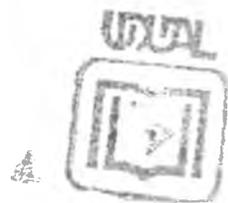
ENCUENTRO CONTINENTAL DE EDUCACION MEDICA

XVI Conferencia de ALAFEM
Conferencia Extraordinaria de FEPAFEM
Patrocinado por: OPS/OMS, UDUAL, WFME, CRESALC/UNESCO

Punta del Este (Uruguay), octubre de 1994



4 DIC. 1996



Editado por: OPS/OMS y Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

CLASIF. 604
NO. 604
PROC. ALAFEM
FECHA 30-SEP-1997
PRECIO D

Unión de Universidades
de América Latina
y el Caribe, A.C. 

Clasif. R482.E53.1997
No. adq. 604
Procedencia ALAFEM
Fecha 30-SEP-1997
Tipo de publicación texto
Código de barras 01018040053
No. de inventario 2018

INDICE

Prólogo	1
SESION INAUGURAL.-	
Palabras del decano de la Facultad de Medicina, Eduardo Touya	3
Palabras del presidente de la ALAFEM, Juan Diego Cobelo	4
Palabras del presidente de la FEPAFEM, Benedictus Philadelpho de Siqueira	5
Palabras del rector de la Universidad de la República y Vicepresidente de UDUAL, Jorge Brovotto	7
Palabras del director electo de la OPS/OMS, George Alleyne	9
Palabras del ministro de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay, Guillermo García Costa	12
Conferencia <i>Desarrollo social y equidad en el final del milenio</i> , Louis Emmerij (BID)	13
MOMENTO POLITICO-CONCEPTUAL.-	
Exposición introductoria <i>Educación, práctica médica y necesidades sociales-una nueva visión de calidad</i> , José Roberto Ferreira (OPS)	23
Primera parte:	
Educación y práctica médica frente a los movimientos de reorientación sectorial: <i>Desafíos éticos en la educación y práctica médica frente a las transformaciones sociales y tecnológicas del fin del siglo XX</i> , Víctor Penchaszadeh	32
<i>Cambios en la práctica médica frente a las transformaciones económicas, políticas y sociales que impactan en el sector salud</i> , Rodolfo H. Rodríguez	42
<i>Universidad y sociedad</i> , Carlos Vidal Layseca	54
Segunda parte:	
Casos específicos:	
<i>El caso de Chile</i> , Roberto Belmar	61
<i>El caso de Canadá</i> , Robert F. Maudsley	66
<i>El caso de Brasil</i> , Eleuterio Rodríguez Neto	73
<i>El caso de Estados Unidos</i> , Fitzhugh Mullan	96
<i>El caso de Cuba</i> , José Baudilio Jardines Méndez	103
MOMENTO METODOLOGICO.-	
Primera parte:	
Gestión de calidad en educación médica:	
<i>Toma de posición frente a las experiencias evaluativas en educación médica</i> , María Isabel Rodríguez	116
<i>El ciclo iterativo de la calidad educación-atención y estrategias de garantía de calidad de la educación médica</i> , Enrique Ruelas	135
<i>Gestión de la calidad de la enseñanza médica</i> , Roberto Passos Nogueira	142

Segunda parte:

Experiencia de validación de la gestión de calidad:

<i>El caso de Londrina, Brasil</i> , Samuel Silva da Silva et al.	147
<i>El caso de Montevideo, Uruguay</i> , Luis E. Carbajal	159
<i>El caso de Cali, Colombia</i> , Héctor Raúl Echavarría	163
<i>El caso de Pinar del Río, Cuba</i> , Teobaldo Triana Torres	170

MOMENTO APLICATIVO.-

Primera parte:

Un mandato de calidad:

Evaluación de la competencia profesional y la educación médica:

<i>la experiencia norteamericana</i> , Carlos J.M. Martini	180
<i>La comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos en salud en México</i> , José de Jesús Villalpando	191
<i>La experiencia de la CINAEM, Brasil</i> , William Saad Hossne	199

Segunda parte:

<i>El caso de Venezuela</i> , Leonardo Montilva	205
<i>El caso de Centro América</i> , Jafeth Cabrera	217
<i>El caso de Bolivia</i> , Nila Heredia	225
<i>El caso de República Dominicana</i> , César Mella	236
<i>El caso de México</i> , Ramiro Sandoval	253

MOMENTO DECLARATORIO.-

<i>Relato final</i>	261
<i>Declaración conjunta ALAFEM-FEPAFEM y de los delegados nacionales</i>	301

Entrega del título de Profesor Ad-Honorem de la Facultad de Medicina al doctor Carlyle Guerra de Macedo:

Discurso del decano de la Facultad de Medicina	302
Conferencia del director de OPS, Carlyle Guerra de Macedo	303

ACTO DE CLAUSURA:

Exposición del presidente de ALAFEM, Juan Diego Cobelo	311
Exposición del presidente de FEPAFEM, Benedictus Philadelpho de Siqueira	312
Invitación de Julio Ospina (Colombia)	313
Invitación de Buddy Lazo de la Vega (Bolivia)	313
Palabras de despedida del decano de la Facultad de Medicina, Eduardo Touya	314

ANEXOS:

Gestión de calidad en la educación médica , una propuesta de evaluación total, PAHO/HRD/93.02

Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica, Documento de posición de América Latina, Edimburgo, Escocia, 8-12 de agosto de 1993

Cumbre mundial sobre educación médica. La profesión médica en evolución. Recomendaciones, Edimburgo, Escocia, 8-12 de agosto de 1993.

LISTA DE PARTICIPANTES

PROLOGO

Hace unos meses -al inaugurar el Encuentro Continental de Educación Médica- dijimos que la Facultad de Medicina había sido honrada con el reto de organizar una conferencia en la que participarían todas las escuelas y facultades de medicina del continente, la cual estaba obligada a proseguir la senda iniciada en el enorme esfuerzo que supuso elaborar la posición latinoamericana sobre educación médica en la Cumbre Mundial de Educación Médica (Edimburgo, 1993). Finalmente debía estar dispuesta a dar respuestas claras en un tema donde se relacionan íntimamente el proceso educativo con el sistema asistencial y que exige una orientación ética y social que lo rijan si queremos hacer de la salud un derecho real para todos en situaciones donde las grandes mayorías aún no tienen garantizadas las condiciones mínimas adecuadas de vida.

El nivel de las contribuciones de los participantes en el Encuentro posibilitaron que él fuera un éxito. Por esta razón queremos difundir, más allá del ámbito de los que estuvieron presentes, las exposiciones que vertebraron los distintos momentos de su desarrollo, el relato final que resume el invalorable aporte de todos, la Declaración de Punta del Este que expresa el acuerdo de Alafem y Fepafem —cónsono con el pensamiento del Encuentro—, y materiales insoslayables de referencia en esta materia como el atinente a la gestión de calidad en educación médica, la posición latinoamericana y las recomendaciones de la Cumbre de Edimburgo.

Si este nuevo esfuerzo, realizado conjuntamente con OPS/OMS, logra que estudiantes, profesionales y docentes de la medicina y otras ramas de la salud reflexionen sobre el sentido, el objetivo y por ende, sobre las formas de la educación médica, si concomitantemente logra que meditemos sobre nuestra práctica actual y nos impulsa a la búsqueda de que ella incremente, además de sus contenidos científico-técnicos, su compromiso con las mayorías en el logro de una práctica médica más equitativa, más solidaria y más humanitaria, contribuirá a la meta *salud para todos*.

Si además de los profesionales del área, este libro llega a los usuarios de los sistemas de salud y los impulsa a tomar la palabra y a los gobernantes para exhortarlos a prestar atención preferencial a la salud y a las condiciones de vida de todos nuestros compatriotas, no sólo el esfuerzo de esta publicación estará altamente recompensado sino que el Encuentro logrará su fin último.

Solicitamos disculpas por los errores que invariablemente acompañan a este tipo de "levantamiento de textos". Su corrección hubiera implicado tiempo y recursos materiales de los que no disponemos. Privilegiamos entonces su carácter fermental y por tanto la oportunidad de lanzar ahora este material.

Vaya a los participantes del Encuentro cuyo esfuerzo es el contenido de esta publicación y a la OPS/OMS que posibilitó su materialización, nuestro sincero agradecimiento. Nuestro reconocimiento a Emilia M. Carlevaro, Secretaria del Encuentro, que junto a Susana Beca con la colaboración de Mario Tolosa y Laura Carlevaro, tuvieron a su cargo la recopilación del material y el ordenamiento del texto.

Eduardo Touya
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad de la República, Uruguay

Montevideo, agosto de 1995.

SESION INAUGURAL

Palabras de bienvenida del señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Dr. Eduardo Touya

Señor Ministro de Salud Pública, Dr. Guillermo García Costa, señor Rector de la Universidad de la República, Ing. Quím. Jorge Brovetto; señor Director electo de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. George Alleyne; señor Presidente de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, Dr. Juan Diego Cobelo; señor Presidente de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, Dr. Benedictus Philadelpho de Siqueira; Dr. Louis Emmerij, señoras y señores:

Es para nosotros una gran responsabilidad representar en este momento a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de este país, que ha recibido este encargo, que le ha honrado sinceramente, de ocuparse de organizar esta reunión de trabajo, por razones que hemos sentido en lo más hondo como institución.

No podemos dejar de ver la preocupación de toda la región por alcanzar una situación de mayor justicia para toda la población de las Américas. Me refiero a la preocupación real por cumplir nuestras tareas en las casas educacionales, incrementando la calidad de quienes se forman en ellas, tratando de no estar en una torre de cristal, sino trabajando en conjunto.

Las instituciones que son responsables de la prestación de servicios deben lograr, de alguna forma, que la salud sea algo accesible a todos por igual.

Esta responsabilidad la hemos sentido, también, cuando este Encuentro en este hermoso balneario, significa la primera vez que dos organizaciones de tanto prestigio y tanta historia como ALAFEM y FEPAFEM, deciden conjuntar esfuerzos, coordinar sus posibilidades para trabajar firmemente en beneficio de la gente y de quienes realmente configuran nuestro perfil americano.

De esta manera, nosotros hemos hecho el mayor esfuerzo posible por tratar de facilitar la reunión.

Somos conscientes de que tenemos muchas limitaciones y muchas cosas no van a salir como debieran. Pero también sabemos que lo sabrán disculpar, por la afectuosidad y amistad de quienes han llegado a esta tierra.

Les damos la más calurosa bienvenida a nuestro querido país, a este balneario, y deseamos, sinceramente, que tengan una excelente estadía. Que el tiempo nos ayude a levantar un poco la temperatura para aquellos que vienen de los climas cálidos y han sentido la mayor diferencia. Que todos, con este esfuerzo y esta sinceridad que nos convoca, logremos dar bases nuevas que guíen a las próximas generaciones en la formación y en su compromiso con la salud.

Hemos querido poner al coro de niños a cantar el Himno Nacional, como un signo de que estamos seguros de que la educación se inicia en los primeros años de vida y que ahí debemos apuntar; que debemos cuidar mucho a nuestros jóvenes, porque son el futuro real de nuestra región.

Hemos promovido una fuerte participación estudiantil en nuestro Encuentro y estamos seguros de que docentes, médicos, egresados y estudiantes podremos dialogar, sabremos repensar, y sabremos construir para un mejor futuro.

Agradecemos a todos los que han aceptado la convocatoria y han llegado hasta aquí. Les deseamos la mejor estadía.

Muchas gracias, esperamos el mayor éxito en el trabajo en conjunto.

Palabras del señor Presidente de la ALAFEM, Dr. Juan Diego Cobelo

Sean mis primeras palabras para agradecer, como representante de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, la oportunidad de transmitir, en nombre de todas sus Facultades, un caluroso saludo, portador de los mejores augurios de éxito a este magno evento que, con acierto, hemos denominado Encuentro Continental de Educación Médica.

Sería útil recordar el camino transitado desde el inicio del presente decenio, con la Conferencia integrada "La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población" —celebrada en La Habana, en junio de 1991—, en cuya declaración final quedó nítidamente expresado que "...a la Universidad latinoamericana le corresponde asumir un mayor compromiso en el planteamiento y solución de la difícil y compleja situación existente en lo económico, político y social, particularmente en lo relacionado con la salud".

Muchos de los delegados e invitados presentes en esta conferencia, participaron activamente en el amplio movimiento desplegado en nuestras universidades durante la fase preparatoria al Encuentro convocado por la Federación Mundial de Educación Médica en Edimburgo en agosto de 1993, donde dejamos plasmado claramente la posición de nuestro continente con énfasis en la situación en Latinoamérica, la urgencia de emprender las reformas en nuestras instituciones más allá de lo "curricular" para dar respuesta consecuente a las necesidades de sus sociedades en relación a los cambios en la práctica médica y a las tendencias de reorientación sectorial en salud.

En Edimburgo nos reunimos por primera vez la delegación latinoamericana y la OPS, representada por el Dr. José Roberto Ferreira —creo, sin temor a equivocarme—, con una toma de conciencia plena de que sólo toca a nosotros dar solución a nuestros problemas con una estrategia de unidad de acción y con un objetivo final, encaminado a la elevación de la calidad de la educación médica, y que sólo ésta tendrá una expresión real cuando nos conduzca a la elevación de la calidad de la atención médica y de los niveles integrales de salud de nuestros pueblos.

Aquella gestación hoy cobra vida. OPS, ALAFEM y FEPAFEM hemos trabajado en conjunto por vez primera, en función de este Encuentro Continental que con esmero ha organizado este hospitalario país.

A los participantes nos queda ahora trabajar durante estos cinco días con intensidad y dedicación, debatiendo con rigor científico y espíritu crítico fraternal nuestras ideas y experiencias, teniendo la certeza y la seguridad de que los objetivos propuestos, en lo conceptual, en lo metodológico y en lo aplicativo, dejarán una huella que contribuirá de manera efectiva al desarrollo de la educación médica y a la salud de nuestros pueblos.

Muchas gracias

Palabras del señor Presidente de la FEPAFEM, Prof. Benedictus Philadelpho de Siqueira

Asistimos hoy a una conferencia histórica. Durante décadas, FEPAFEM Y ALAFEM, marcharon separadas en busca de caminos para una educación médica que atendiese mejor las necesidades sociales. En esas más de dos décadas, el ejercicio de la profesión médica cambió mucho, la práctica liberal cedió su lugar a las grandes corporaciones de atención médica, sean privadas o públicas.

La relación médico paciente se ha deteriorado pasando a prevalecer la relación del paciente con el prestador del servicio.

También el médico ha pasado a depender de esas entidades.

Y de esa manera extraña no tiene más interés en identificarse con el paciente o acompañarlo en futuras atenciones.

Consecuentemente, surgen problemas éticos que interfieren directamente en todas esas relaciones. Hoy tenemos una nueva ética, o tal vez una "no ética" mediando ese proceso.

En muchos países el derecho a la salud se ha convertido en un imperativo constitucional, un derecho del ciudadano y un deber del Estado. Pero la explosión tecnológica, los avances científicos, junto a los innegables beneficios que trajeron, colocaron también nuevos desafíos a las cuestiones éticas y a la equidad en la atención a las poblaciones; la explotación del trabajo médico, aliada al empobrecimiento vertiginoso de segmentos significativos de nuestras poblaciones y la incapacidad del Estado para financiar adecuadamente las acciones de salud, han traído una disminución exagerada del ingreso de los médicos, favoreciendo la corrupción.

Estos y muchos otros problemas han ocurrido en estas últimas décadas y continúan ocurriendo.

¿Qué han hecho las escuelas médicas para responder a todos estos desafíos? En su gran mayoría han intentado implementar cambios curriculares, pero muchas veces éstos sólo consiguieron alcanzar la superficie de los problemas. Las escuelas han continuado trabajando como si la profesión médica aún fuese el paradigma de la profesión liberal; como si los individuos fuesen todos ciudadanos conscientes de sus derechos y con poderes para exigirlos. Las escuelas se han olvidado de que la gran mayoría de la población, principalmente en nuestros países de América Latina, está compuesta de individuos que aún no gozan de la plena ciudadanía, no tienen instrucción adecuada, ganan salarios muy bajos, tienen precarias condiciones de vivienda y alimentación deficiente. Utilizando modelos curriculares ya superados, metodologías de enseñanza inadecuadas a las nuevas realidades y métodos de evaluación de la escuela, de los docentes y de los alumnos, incompatibles con las aspiraciones exigidas por los nuevos tiempos, la escuela médica no conseguirá dar las respuestas deseadas y necesarias.

Estos son los desafíos que tenemos que entender y enfrentar. ¿Cómo formar un profesional capaz de proporcionar una atención médica de calidad y que busque la universalidad de la atención con equidad? Es nuestra esperanza que en este Encuentro Continental surjan directrices capaces de ayudar a las escuelas médicas en este camino.

Si mi presencia como Presidente de la FEPAFEM puede haber contribuido de alguna forma para su integración con ALAFEM en esta lucha por la transformación de la escuela médica en nuestro continente, considero particularmente, que mi misión fue cumplida.

Las dificultades financieras constituyeron restricciones al pleno ejercicio del mandato. Si no fuese por la dedicación del equipo central en Caracas y el sacrificio personal de cada uno de nosotros, inclusive pagando los gastos mediante recursos propios, no habiéramos podido cumplir lo programado.

Quiero agradecer a todos los que colaboraron con nosotros, en especial a la OPS en la figura de su Director Dr. Carlyle Guerra de Macedo y del Jefe del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Dr. José Roberto Ferreira, que confiaron y apoyaron esta integración de esfuerzos de ALAFEM y FEPAFEM.

Debo destacar que esta reunión solamente puede tener la dimensión y el éxito que estoy seguro alcanzará, debido a la competencia, dedicación y lucidez del equipo dirigido por el Profesor Eduardo Touya. A todos ellos, nuestro agradecimiento.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud al Profesor Diego Cobelo, Presidente de ALAFEM, por la oportunidad de trabajar juntos.

Como último mensaje, me gustaría reforzar que la educación médica solamente logrará sus objetivos superando intereses de grupos particularistas y estando al servicio de las necesidades sociales.

Muchas gracias.

Palabras del señor Rector de la Universidad de la República, Ing. Quím. Jorge Brovetto

Señor Ministro de Salud Pública del Uruguay, señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, señor Director electo de la Oficina Sanitaria Panamericana, señor Presidente de ALAFEM, señor Presidente de FEPAFEM, señor conferencista invitado, señores Decanos, Profesores, Directores, estudiantes, amigos:

En mi doble condición de Rector de la Universidad de la República y de Vicepresidente de UDUAL —organismo que cobija a la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina— les quiero dar la bienvenida y decirles que nuestra Universidad de la República y la Facultad de Medicina han asumido con particular preocupación y responsabilidad la organización de este Encuentro.

Quizás sea conveniente que alguien que está algo alejado del área específica de la salud señale qué espera de un evento como este.

La tecnología ha penetrado profundamente todas las actividades humanas. Por cierto no ha sido una excepción el área de la salud. No es posible una educación médica moderna que no dé cabida a todos los últimos adelantos del conocimiento. Pero, sin embargo, eso está muy lejos de ser la preocupación central de quienes tienen alguna capacidad o responsabilidad de gobierno en nuestros países latinoamericanos.

No es menos cierto que aun así, subsisten en nuestra América Latina millones y millones —la mayoría de los habitantes de nuestro continente— que aún no tienen acceso ni siquiera a los más elementales servicios de salud.

No será responsabilidad de las universidades, por supuesto, ni de las facultades de medicina, la transformación de esta realidad social, pero no podrán quedar afuera las facultades de medicina y nuestras universidades de señalar esta problemática, de trabajar junto a los gobiernos, a todos los organismos nacionales e internacionales para transformar esta realidad.

Se podrá decir que ésta ha sido una realidad latinoamericana, pero creo que quizás sobre finales de este siglo, en el principio del próximo milenio, estemos viviendo una situación particularmente agravada, desde que una pequeñísima parte de la población tiene acceso a las formas más sofisticadas —y bienvenidas sean esas formas, resultantes del trabajo intelectual de los investigadores médicos y de otras ramas del conocimiento— de la medicina moderna, mientras al mismo tiempo subsisten en nuestra América Latina las formas más lamentables de discriminación.

El hecho de que, todavía, nuestras enfermedades parasitarias y la desnutrición siguen siendo algunas de las causas fundamentales de las muertes de nuestros niños, nos señala que aún queda mucho camino por recorrer.

Voy a repetirles que, de ninguna manera, esperamos que ni desde las universidades —somos conscientes de nuestras limitaciones y de nuestro papel— ni desde la facultad de medicina podemos esperar que se transforme esta realidad, pero que sean, sí, sin duda alguna, líderes en su transformación.

Quizás eso es lo que hoy espera toda América Latina cuando tiene el honor, en este pequeño país, Uruguay, en este lugar paradisíaco, Punta del Este —no representativo de la realidad del continen-

te—: que ustedes tengan el mejor momento para pensar y decidir cómo debe ser la educación médica, y para que se haga realidad el principio de que la salud es un derecho humano fundamental.

Si logramos esto, habremos dicho que la primera reunión conjunta en la historia de ALAFEM y FEPAFEM ha creado un nuevo momento en esta América Latina.

De ustedes depende. Los felicito por estar juntos y más los felicitaré el próximo viernes cuando en el informe final nos den varios caminos a seguir para revertir esta realidad tan injusta.

Gracias a todos ustedes.

Palabras del Director Electo de OPS/OMS, Sir George Alleyne

Me siento particularmente complacido de asistir a esta conferencia, que espero represente un momento decisivo en la valoración y práctica de la formación médica en las Américas. El hecho de que tantas organizaciones estén auspiciando esta conferencia es revelador del amplio y constante interés que se observa por tratar de mejorar la calidad de la educación médica.

Debo reconocer que me siento muy bien en este entorno, puesto que he pasado la mayor parte de mi vida profesional en el medio académico; me complace en especial ver reunidos aquí con nosotros a representantes de los usuarios del producto de esta comunidad académica. Es sólo gracias al diálogo constante entre productores y consumidores que puede mejorarse cualquier producto.

Hubo un tiempo en que la cantidad de ese producto era motivo de preocupación. Hace treinta años, cuando la población de América Latina y del Caribe alcanzaba apenas un poco más de 200 millones de personas, había aproximadamente cien escuelas de medicina y unos 124.000 médicos, lo que equivalía a un médico por cada 1.800 personas.

Hoy en día la población se ha duplicado, se ha triplicado el número de escuelas de medicina y el número de médicos ha aumentado cinco veces. En consecuencia, nuestro principal problema ya no es tanto la cantidad sino la calidad y la distribución de esos recursos humanos; me refiero a su distribución tanto en el sentido geográfico como profesional.

A mi modo de ver, el propósito principal de esta reunión de alcance continental es "continuar el proceso de reflexión y de evaluación para incrementar la calidad de los egresados, del conocimiento producido y de los servicios prestados".

Esta reflexión debe alimentarse con información proveniente de los principales debates que se están produciendo en torno a la educación médica con el objetivo de producir el médico ideal. Me apena comprobar que muchos de los temas que se discuten actualmente son los que en cierta forma se abordaban en la fundación de mi propia escuela de medicina hace cuarenta y cinco años y que también eran objeto de intensos debates en un momento en que tuve cierta responsabilidad en la enseñanza de la medicina. Esto puede ser reflejo de la inercia que caracteriza a los establecimientos académicos o tal vez revele que los cambios son tan grandes y el nuevo paradigma es tan innovador, que se necesita mucho tiempo para reflexionar y aplicar luego medidas acertadas.

Una preocupación importante es la integración adecuada de los principios y los conceptos universales de la biología en su aplicación a la medicina. El cúmulo de avances científicos y de descubrimientos en este campo está marcando la orientación de la enseñanza de la medicina. A pesar de que soy producto de esa época, tengo que confesar que el reduccionismo cartesiano fue muy limitado en su alcance. No obstante, el método analítico de razonamiento condujo a la fragmentación y a la separación en compartimientos que caracterizó, no sólo nuestro pensamiento sino nuestra enseñanza y la organización de esa enseñanza. La visión mecanicista, que fue la consecuencia lógica del reduccionismo, vino perdiendo gradualmente su capacidad explicativa en la física y la biología. La nueva biología nos ha conducido a aceptar y a enseñar que el enfoque de sistemas es el único lógico, y sus consecuencias para la educación son obvias. Ha ocurrido una disminución de la pureza disciplinaria, un rechazo de la mera acumulación de datos y la aceptación de la necesidad de dominar los principios generales a todo lo largo del proceso educativo.

También asistí al nacimiento de la otra fuerza motriz principal para el cambio en la formación de los médicos. Ha habido un redescubrimiento de la máxima de Virchow de que la medicina es una ciencia social y de que las ciencias sociales y de la conducta están ocupando el lugar que les corresponde en la educación médica. Ha sido alentador notar que el reduccionismo que caracterizó a las ciencias físicas no ha estado totalmente ausente de las ciencias de la conducta. Una tarea importante será no sólo incorporar estos dos nuevos enfoques, sino además hacerlo de manera integrada. Sólo me cabe esperar que en algún momento del debate surja la preocupación de que estos cambios en la formación médica en verdad dejen tiempo para la educación del médico, para que así éste tenga la posibilidad de adquirir esas aptitudes para la vida que son esenciales para actuar correctamente.

No me cabe la menor duda de que los cambios propuestos en los planes de estudio que tengan en cuenta estos dos acontecimientos de importancia, pueden producir el médico capaz de satisfacer sin dificultad las necesidades de salud individuales y quizás hasta las de la comunidad, tanto en el presente como en el futuro inmediato.

Una entidad como la Organización Panamericana de la Salud tiene por fuerza un profundo interés en la evolución de tales asuntos. Deseamos fervientemente que la transición educativa que acabo de mencionar ocurra de tal forma que el médico pueda desempeñar el papel que le compete en la curación y en la atención. Estoy empleando la palabra atención en un sentido muy amplio para incluir la promoción, la prevención y la rehabilitación. Deseamos ver a todos esos médicos, y en realidad a todos los trabajadores de salud, llevando a los servicios sanitarios por el camino adecuado; pero eso no basta. Deseamos verlos actuando como esos agentes del cambio necesarios para que la sociedad entera entienda la función y el lugar adecuado de la salud.

Se sigue observando que no se han entendido bien los factores determinantes de la salud y, a pesar de la larga historia de aceptación de la influencia del entorno social y ambiental sobre la salud, no se les asigna a estos factores la suficiente prominencia ni en el discurso sobre la salud, ni en la enseñanza de estos temas. No está muy claro si la mayoría de los jóvenes médicos han asimilado y comprendido a cabalidad el poder relativo de esos factores determinantes de la situación de la salud: si este fuese el caso, se pondría a la atención individual en su lugar apropiado. Pero quizás esto no sea más que un reflejo de la ética de lo inmediato y de la ética del "yo" que orienta a gran parte de nuestra sociedad y encuentra su expresión en la asignación de recursos.

En nuestra calidad de una organización de salud estamos todavía más deseosos de ver que la educación médica produzca esos agentes del cambio que he mencionado, que ayudarán a defender la índole y el lugar que corresponde a la salud. La salud tiene que considerarse como un recurso positivo para la vida y como un tema de preocupación general. Creemos, y por eso insistimos en ello, que la salud es a la vez indicador y factor contribuyente cuando se trata del desarrollo humano. En este sentido, cuando hablamos de desarrollo humano, otorgamos a la salud el mismo peso que al crecimiento económico, a la educación y a un medio ambiente sin riesgos. Aplicando el mismo enfoque de sistemas que caracteriza a la biología humana, podemos mostrar que la salud de nuestra gente contribuye a acrecentar su capacidad para acumular riqueza y viceversa. Lo mismo puede afirmarse de la educación.

Quisiera que los médicos del mañana manejaran estos conceptos con soltura, para lo cual es preciso instilarlos durante los años de su formación. La interacción de los médicos con disciplinas tales como las que forman parte de las ciencias sociales no debe estar motivada meramente por la necesidad de comprender los factores determinantes de la salud y la enfermedad, sino porque los

médicos deben entender la función apropiada que desempeña la salud en la empresa humana. Si estos conceptos se captan en su etapa formativa, habrá menos discusiones inútiles acerca de la primacía de uno u otro sector en la asignación de recursos.

La función de la OPS en todo esto debería ser algo más que la de un "agente desencadenante". Parte de nuestra cooperación técnica debe ocuparse del desarrollo de los recursos humanos como importantes por sí mismos y por derecho propio, y también cada vez más importantes en el contexto de los servicios de salud de nuestros países. Una de nuestras tareas será la de asistir a los países, y esto incluye tanto al sector público como a las universidades, en la formación y la retención de los recursos necesarios para asegurar que el acceso a los servicios requeridos sea igualitario. Insisto en que el derecho humano fundamental del cual todos hablamos, no guarda tanta relación con ese estado de bienestar que llamamos salud, sino con el acceso a los medios para garantizar ese estado.

Les deseo el mayor de los éxitos en sus deliberaciones. Puedo asegurarles que la Organización Panamericana de la Salud, hasta donde se lo permitan sus recursos, estará deseosa de aportar mecanismos mediante los cuales los productores y los usuarios de ese producto que llamamos "médicos" puedan tratar de mejorar la calidad del mismo. Me reconforta observar esta búsqueda constante, esta lucha incesante para efectuar los cambios necesarios para que en la formación de nuestros médicos se tengan debidamente en cuenta las nuevas realidades de nuestro mundo o las realidades de un nuevo mundo. En este nuevo mundo veremos adelantos políticos, científicos y tecnológicos que nunca imaginamos. Pero hay algo muy cierto: siempre habrá necesidad de esas personas cuya preocupación primordial es la condición humana y el desarrollo humano. Incluyo a los médicos en esta categoría, y es por eso que una organización relacionada con la salud debe apoyar constantemente los esfuerzos de quienes tienen a su cargo la valiosa tarea de formar al grupo de trabajadores de salud que llamamos médicos.

Palabras del señor ministro de Salud Pública, Dr. Guillermo García Costa

Señor Rector de la Universidad de la República, señor Director electo de la OPS, Decano de la Facultad de Medicina, Directivos de las instituciones patrocinantes, Profesores, amigos de todos lados:

El objetivo de mis palabras en este Encuentro, en nombre del Gobierno de la República, no es dar testimonio de la trascendencia de la reunión, porque ésta resulta de vuestra presencia misma, de los importantes temas a tratar y de lo que han de ser consecuencias provechosas para todas las organizaciones vinculadas y para todos los que han de recibirlas en el correr del tiempo. Lo que deseamos es, sí, señalar la trascendencia que le otorgamos a este tipo de reuniones desde la Secretaría de Estado en la Salud Pública. Apreciamos que, en definitiva —no queremos incurrir en ningún lugar común—, todo esfuerzo en salud se edifica en torno del médico. Eso es una advertencia que, a veces, los propios médicos van olvidando. Pero sin ellos, columna vertebral de todo el sistema, éste cae por sí mismo.

Consiguientemente, decir esto implica reafirmar la búsqueda de la excelencia en la formación de los médicos, tratar de dinamizar todos los centros de preparación, las universidades, las respectivas facultades, en fin, todo el esquema que lleva a lograr que el centro del dinámico sistema de salud sea altamente preparado, profusamente planteado ante la sociedad. Asimismo, es deseable que, en algunos aspectos, también pueda servirnos para ser difusor de prácticas y de esquemas éticos que ayuden a una población que, enfrentada a circunstancias muy especiales —en muchos casos derivadas del progreso de la técnica en forma constante, como se ha señalado aquí, que provoca complejidades, confusiones—, necesita respuestas en el más alto nivel.

Creo que Latinoamérica, los países acá representados estamos viviendo la necesidad de todo eso. Estamos enfrentando algunos desafíos, todos ellos de singular importancia. Los del Uruguay no son, en definitiva, más que los mismos de ustedes, hechos a nuestra escala.

Agregaríamos a las consideraciones que se han hecho aquí con mucha más sabiduría y conocimiento, que hay aspectos que creo hay que recalcar: la distribución geográfica de las facultades de medicina, de los colegios de medicina y de los propios médicos en su posición en la sociedad de la que han salido en procura del título y a la que luego brindan su esfuerzo.

Por lo que podemos saber, la distribución no siempre es la exacta. Por lo contrario, se encuentran concentrados en los lugares de mayor capacitación, donde hay mayor facilidad de que una población acceda al médico, y el médico a la población; estamos dejando vastos sectores que, generalmente, por dificultades financieras de las respectivas sociedades, no reciben lo que deberían.

Se nos ocurría que este tema debía ser destacado y tenido en consideración.

No es nuestro objetivo el traer temas. Conocemos la agenda y, ciertamente, éstos son de la consideración y profundidad que hacen innecesario agregar ni considerar alguno más.

Simplemente, queremos repetir que estamos dando testimonio de la preocupación del Gobierno de la República Oriental del Uruguay, de que este Encuentro tenga el mejor de los éxitos —lo cual descontamos—, de agradecerles a todos ustedes que hayan tenido la benevolencia de estar junto a nosotros, de cooperar para recibir enseñanza e impartirla recíprocamente.

Muchas gracias, un gran éxito a todos ustedes.

LA CUESTIÓN SOCIAL DE LA DÉCADA DEL NOVENTA

*Louis Emmerij*¹

I. La necesidad de la Reforma Social

Una vez más ha girado la rueda, pasando de un énfasis casi exclusivo sobre el crecimiento económico a un conjunto más integral de objetivos la reducción de la pobreza y la emancipación de las mujeres. No dejamos de asombrarnos al observar esta oscilación continua del péndulo, donde se aprende tan poco a partir de la experiencia. En efecto, la experiencia nos debiera de haber enseñado hace mucho que las altas tasas de crecimiento económico son una condición necesaria pero insuficiente para alcanzar objetivos sociales tales como la creación de altas tasas de empleo productivo, la reducción de la pobreza, la prestación de servicios educativos y de salud de alta calidad, el mantenimiento de la calidad de vida en los centros urbanos, etc.

La observación cuidadosa de la economía mundial debería habernos enseñado que las altas tasas de crecimiento sostenido en el este asiático no fueron los determinantes del empleo completo alcanzado a comienzos de los años 70 en Corea del Sur, por ejemplo. Todo lo contrario, la importancia dada a la utilización completa de los factores de producción, y, en primer lugar, a la mano de obra, fue la clave para las altas tasas de crecimiento observadas en el modelo de desarrollo del este asiático. Las tasas sostenidas de crecimiento económico de 8 a 10 por ciento no habrían sido posibles sin la orientación hacia el empleo de las políticas de desarrollo. El mismo fenómeno puede observarse actualmente en China. En pocas palabras, la lección que se debe sacar de la experiencia es que **el patrón de crecimiento importa por lo menos tanto como la tasa de crecimiento.**

El patrón de crecimiento se determina colocando el énfasis sobre ciertos sectores económicos, ciertos grupos de población, grupos con determinado ingreso económico comparados con otros; por otra parte, se ve afectado por el papel que se le asigna a la calidad de los recursos humanos del país, asegurando un equilibrio regional que lleve a una equidad regional, y dándole a la gente la palabra en su destino económico.

Todo esto se aprendió una vez desde el final de la Segunda Guerra Mundial, tal como se refleja, por ejemplo, en el programa de Empleo Mundial de la OIT para la década del 70, en las búsquedas del Banco Mundial bajo McNamara y Hollis Chenery, tal como queda resumido en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1980. Esta lección puede formularse de un modo muy conciso. Si bien el crecimiento económico más rápido es realmente esencial para disminuir la pobreza absoluta y alcanzar el progreso social, esto solo no es suficiente ya que importa la duración del período de transición. Nadie negaría que el crecimiento económico a largo plazo es efectivo para alcanzar los objetivos sociales y atacar la pobreza, pero podrían necesitarse entre tres y cinco generaciones. Dicho de otro modo, el período de transición sería humanamente inaceptable y políticamente irresponsable.

¹ Asesor especial del Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.

Pero en realidad esta lección se olvidó durante los años 80. La depresión económica mundial de comienzos de la década de los 80 y la crisis de endeudamiento internacional que comenzó en 1982 produjo el retorno a un paradigma económico de otra época: “*Primero obtengan el crecimiento económico y luego todo lo demás seguirá*”. Se había perdido la lección según la cual un conjunto **balanceado e integrado** de políticas económicas, financieras y políticas es esencial para obtener crecimiento, pero también empleo, un ingreso decente, acceso a la educación, salud, y agua potable limpia para todos -en pocas palabras, que las necesidades básicas sean satisfechas para todos. Lejos había quedado también la convicción según la cual una política de “crecimiento económico primero”, de hecho, resultaría en más pobreza, una distribución incluso más desigual de los ingresos y de allí, inevitablemente, en una inquietud social que colocaría en peligro la sustentabilidad del crecimiento económico.

En cierto sentido es comprensible el hecho que cada nueva generación recurra al viejo reflejo de volver al crecimiento económico “a cualquier precio” al confrontarse con una crisis económica. Y “a cualquier precio”, tanto ahora como antes, significa disparidades crecientes en los ingresos, menos oportunidades de generar ingresos, y un menor énfasis sobre los sectores sociales “blandos” tales como la educación, la salud y las mujeres.

Pero lo que resulta menos comprensible es que durante los años 80 se olvidara la lección básica aprendida durante las dos décadas anteriores, específicamente, que lo económico y lo social son **una sola cosa**, que se complementan y apoyan mutuamente, que una sin la otra lleva al desastre. Demasiado de lo “social” sin suficiente de lo “económico” lleva a la bancarrota y termina con el crecimiento; un énfasis demasiado grande sobre lo “económico” sin suficiente énfasis sobre lo “social” lleva al malestar social y también termina con el crecimiento. ¿Cómo podrían las personas informadas responsables de tomar las decisiones continuar hablando de “sectores blandos”, más de veinte años después del renacimiento de la economía de la educación y la salud que mostraba convincentemente que la educación y la salud son **inversiones** en capital humano, y por lo tanto, un requisito previo para el crecimiento económico y no un bien de consumo que puede pagarse solamente después de haber alcanzado un determinado nivel de logros económicos?

Si bien es cierto que se plantearon estas lecciones derivadas de la experiencia, su influencia no llegó demasiado lejos². En esencia los años 80 trajeron la vuelta de la vieja secuencia que tantas veces había probado ser equivocada: primero el crecimiento, y luego la distribución; detener la inflación primero, crear empleo luego; compre ahora, pague después; libre comercio ahora, industrializar más adelante.

Los resultados de esta década ahora pueden verse por todos lados; el problema del empleo se ha hecho universal (más de 11% de desempleo manifiesto en la CEE); el desarrollo inadecuado de la ciudad ha llevado a niveles inaceptablemente bajos de calidad de vida en prácticamente todos lados; la calidad de la educación está en peligro y en todos lados los servicios de salud realmente necesitan una reestructuración; la seguridad social y, donde existen, los fondos para pensiones se han convertido en una especie en peligro de extinción; aumentan la cifras de refugiados políticos y económicos que llegan a Europa -todavía considerada como un oasis de lujo por la gente del este y del sur- a pesar del estancamiento económico y del creciente desempleo. En suma, nunca ha sido más cierto que hoy decir que “en todos lados la pobreza es una amenaza para la prosperidad”.

² Cornia, Jolly y Stewart. *Adjustment with a Human Face*, dos tomos, Clarendon Press, 1987.

La percepción del costo social fue corroborada por el aumento de la pobreza y por la aparición de los “nuevos pobres” es decir, personas que no eran pobres antes, pero cuyo ingreso se deterioró hasta niveles de pobreza. En cierto sentido, es malo ser pobre, incluso cuando uno está acostumbrado a ello, pero haber caído en la pobreza por vez primera es mucho peor. También hay señales de deterioro en la situación de empleo, ha descendido el nivel de calidad de la educación, y la calidad de vida en los centros urbanos está amenazada.

El resultado ha sido un aumento manifiesto del malestar social, junto a la reaparición de la interrogante social en la agenda de muchos países.

La reforma social es esencial para el mantenimiento de la paz política y social, que a su vez resulta fundamental para un crecimiento económico sostenido y de largo plazo. De vez en cuando es necesario adaptar la reforma social, y nunca puede querer decir hacer más de lo mismo. Tomemos el ejemplo de Costa Rica para que esta discusión sea más concreta.

Costa Rica está situada en medio de una región inestable y volátil. A pesar de esto, ha tenido una tasa promedial de crecimiento anual de 5% -2,5% per cápita- durante los últimos cincuenta años. No cabe duda de que este rendimiento excepcional se debe en gran medida a la visión de la clase política y empresaria de la primera mitad de este siglo.

Dicha clase introdujo una primera Reforma Social con las siguientes características:

- i) Amplio acceso a la tierra, que proporcionó las “condiciones iniciales” para asegurar una distribución de ingresos bastante equitativa antes, después y durante del proceso de crecimiento económico; por lo tanto, Costa Rica sirve para ilustrar la tesis de “redistribución antes que crecimiento”;
- ii) Acceso libre y para todos a una educación primaria de alta calidad productora de una base segura de recursos humanos desde muy temprano;
- iii) Amplio acceso a servicios de salud de alta calidad que multiplicó la calidad de la base de recursos humanos del país.

Estos tres factores combinados fueron parte de la primera Reforma Social, única en cuanto a su carácter integral y precoz implementación. Estas inversiones sociales colaboraron hacia la estabilidad política y social en una región altamente inestable; a la producción de una fuerza laboral saludable y productiva; en suma, sentaron excelentes bases de largo plazo para un período de crecimiento económico sostenido. Sostenido, en primera instancia, por la exportación de café y bananas, y luego, en una producción y patrón de exportación mucho más diversificado.

Del mismo modo que debe continuar la diversificación de la producción y del patrón de exportación, es necesario actualizar la base social. La primera Reforma Social ha resultado beneficiosa para Costa Rica, pero ha llegado a su curso final. Ahora se requiere una segunda Reforma Social.

Esta segunda reforma debe concebirse en forma tal que sirva de base para la siguiente etapa de crecimiento económico y desarrollo. La siguiente etapa se orientará hacia los mercados regionales (NAFTA) y mundiales de sofisticación creciente. El peso del motor tradicional de crecimiento (café y bananas) disminuirá rápidamente. El nuevo motor de crecimiento se basará en la exportación de servicios, (turismo, preparación de programas para computadoras, servicios médicos) en primer lugar, y solamente en segunda instancia, en nuevos productos agro-industriales tales como jugo de naranja concentrado, flores y plantas. Esto no será posible sin el interés sostenido de los inversores

extranjeros. En primer lugar están interesados debido a la estabilidad política y social del país; en segundo lugar, debido a la naturaleza equitativa de la sociedad; y en tercer lugar, debido a la base segura de recursos humanos.

El desafío que enfrenta Costa Rica, por lo tanto, es cómo mantener, profundizar y poner al día estas características básicas del país. La segunda Reforma Social debe tener los siguientes componentes como mínimo:

i) San José y sus alrededores amenazan con transformarse en un centro urbano enorme, sin planificación, con problemas de tránsito, crimen y drogas de más de tres millones de personas en los próximos 25 años. Ya está bajando la calidad de vida. Se requiere urgentemente una política de planificación urbana y de descentralización para poder mantener la paz social.

ii) Es necesario reformular las políticas educativas, de capacitación y re-entrenamiento. La calidad de la educación primaria debe mejorar; la cobertura de la educación secundaria debe extenderse; poner a punto los programas de capacitación y de re-entrenamiento; y es necesario revisar el equilibrio entre la educación universitaria y el resto del sistema educativo. Lo mismo se aplica a la financiación de la educación superior.

iii) El énfasis de los servicios de salud debe pasar más al área de la atención primaria para mantener los costos bajo control.

iv) La necesidad de descentralización económica y geográfica ya ha sido mencionada. Lo deseable de la descentralización de las estructuras de toma de decisiones e implementación resulta igualmente urgente.

Esta segunda Reforma Social permitirá al país mantener la paz social y política así como mejorar la calidad de su base de recursos humanos.

Este ejemplo concreto ya nos ha dado la clave de qué es lo que debemos entender cuando hablamos de reforma social. Intentemos ahora hablar de esto en términos más generales.

II. Reforma Social - ¿Qué es?

En primer lugar, todas las reformas sociales deben ser vistas como complementarias a las reformas económicas y financieras de los años 80. Se requiere una estrategia económica, financiera y social **integrada**. Ya no puede aceptarse que se defina el impulso mayor de las estrategias de desarrollo solamente con consideraciones económicas y que es recién después que uno piensa erigir una cierta cantidad de políticas sociales. La tendencia debe ser hacia un conjunto integrado de políticas económicas y sociales.

En segundo lugar, la reforma social debiera considerarse como una inversión **productiva**. El mejoramiento de la calidad de la vida urbana, la creación de oportunidades de empleo productivo, utilizar dinero en educación y salud de alta calidad no son solamente bienes de consumo a pagar una vez alcanzado un cierto nivel de ingresos. Más bien, se trata de inversiones productivas que constituyen prerequisites para alcanzar un cierto nivel de ingresos.

En tercer lugar, está la interrogante a la cual ya aludimos, específicamente, que la reforma social no está necesariamente haciendo más de lo mismo en campos como la educación y la salud. Ahora es mucho más una cuestión de calidad que de cantidad.

El renovado interés en la cuestión social y en la pobreza es en gran medida el producto del reconocimiento creciente de que existe una “bomba de tiempo social” haciendo tic-tac debajo de las políticas económicas y financieras de los años ochenta, que en algunos pocos casos ha determinado una recuperación económica. El precio social que se está pagando por estas políticas y por esta recuperación está creando un malestar social creciente que solamente puede ser tratado mediante la reforma social. Este malestar es causado por la falta de oportunidades de empleo remunerativo, malas condiciones de vida en las ciudades y áreas rurales, y la falta de perspectivas y esperanza.

La reforma social significa, en primer lugar, definir las cuatro o cinco prioridades más importantes que requieren una acción política cualitativamente diferente.

Las siguientes parecen ser las prioridades más importantes que toda reforma social debiera contener en el caso de muchos países:

1. **Política urbana:** Pocos países tienen una política urbana a escala integral. La inquietud social se debe en gran medida a las muy malas condiciones de vida en las ciudades. A menudo la ciudad es la ilustración más extrema del mal desarrollo de países y regiones. No obstante, este “sesgo urbano” no debiera determinar un desequilibrio rural-urbano. De allí que sea esencial una política de descentralización hacia las áreas rurales; al mismo tiempo será necesario dar una nueva mirada al desarrollo rural vía este “sesgo urbano”. La reforma social se relaciona a la cuestión ambiental y al tema del desarrollo sostenible en el sentido ambiental a través de este componente de infraestructura urbana.

2. **Políticas de empleo:** Estas deben abarcar toda la economía. La utilización completa y productiva de toda la fuerza laboral es una condición previa para alcanzar tasas altas y sostenidas de crecimiento económico. Los esfuerzos para maximizar el empleo a nivel de toda la economía no son, ni debieran ser, soluciones rápidas a modo de parche para la pobreza y los problemas sociales, más bien, debieran ser analizadas para proveer la base económica subyacente para la mejoría en productividad, crecimiento de los ingresos y acumulación del activo. La reforma de la tenencia de la tierra debe colocarse en la agenda nuevamente porque incrementará el ingreso de los pequeños productores; es necesario aumentar la productividad de los sectores tradicionales rurales e informales urbanos con el fin de evitar la generalización de la baja productividad y los empleos con bajos salarios. Esto requerirá un énfasis sobre la tecnología apropiada dentro de los sectores, y en los vínculos entre estos sectores y el sector moderno mediante dispositivos tales como los subcontratos. Es necesario mejorar el funcionamiento de los mercados de trabajo y prestar atención al empleo de jóvenes en los años de transición de la adolescencia.

Es igualmente necesario prestar atención especial al hecho que estamos interesados en puestos de trabajo **productivos**. Las políticas de creación de puestos de trabajo no pueden ser instigada al costo de eficiencia económica, no al costo de los ingresos del día de mañana.

3. **Inversión en recursos humanos:** debe prestarse especial atención a la calidad de la educación. Esto significa, entre otras cosas, que la calidad y motivación del personal docente debe mejorarse. Esto a su vez implica una consideración de los incentivos y desincentivos monetarios y no-monetarios. Igualmente debe darse un lugar decoroso a la enseñanza vocacional, técnico y científico a todo nivel, así como a la capacitación y re-capacitación -particularmente cuando las personas están entre el centro docente y el lugar de trabajo o entre dos empleos. Un punto que se torna crucial es el del equilibrio entre la educación básica y la educación superior, incluyendo la educación en ciencias.

En el sector salud es necesario mantener un buen equilibrio entre los hospitales y la atención primaria, y los recursos deben pasar a asignarse a este último sector.

4. Cambiando la estructura de implementación: Una reforma social del tipo de la descrita anteriormente permanecería siendo un gesto vacío si las estructuras de implementación, administrativas, presupuestales e institucionales, permanecen sin modificar. **Cómo** introducir cambios de política para alcanzar las primeras prioridades es por lo menos tan importante como la cuestión de cuáles deben ser estos objetivos de las políticas y las prioridades más importantes. Por lo tanto debe brindarse una especial atención a la cuestión de la centralización versus la descentralización; a cuestiones tales como las responsabilidades del estado versus aquellas del sector privado y las responsabilidades individuales; y al papel de actores tales como las organizaciones no gubernamentales y la iglesia.

5. Seguridad social: Una sociedad moderna necesita contar con mecanismos y redes de seguridad funcionantes para tratar a los ancianos, los enfermos, los desempleados y las víctimas de desastres naturales. Algunos cuantos países cuentan con sistemas de seguridad social que a menudo tienen buen aspecto en papel, pero una inspección más cuidadosa revela serias desigualdades debido a los niveles cambiantes de inflación, problemas financieros graves, y beneficios que no siempre son implementados en la práctica. Otro objetivo de la reforma de las políticas sociales debe por lo tanto consistir en la reforma de los sistemas de seguridad social con el fin de aumentar su cobertura y hacerlos más equitativos y eficientes, tanto en lo que se refiere a su administración como implementación.

El carácter complementario de las reformas económica y social habrá quedado claro; de hecho, prácticamente desaparece la distinción entre las políticas económicas y sociales cuando se tiene en cuenta la relación íntima que existe entre una y otra. La creación de empleo productivo es un objetivo económico y social. La creación de empleo productivo debe estar al comienzo de la lista de prioridades de cualquier reforma económica. Al mismo tiempo, constituye una prioridad económica importante porque la plena utilización de la fuerza laboral de un país estimulará el crecimiento económico y el desarrollo.

Lo mismo ocurre en el caso de las acciones políticas dirigidas a incrementar los resultados y la productividad en los sectores urbanos informales y rurales tradicionales. Es obvio el carácter complementario de crear más y mejores oportunidades de ingresos, y el objetivo económico de alcanzar un crecimiento económico más balanceado y extendido.

Más aún, en los mercados globales que dominan la economía mundial de los años noventa, todos los países deben colocar más énfasis sobre la innovación, la ciencia y la tecnología. Por definición esto implica más énfasis sobre el capital humano, es decir, sobre la educación y sobre la calidad del factor humano en general. Pero al mismo tiempo implica que se debe solamente dar prioridad a la educación básica. En realidad, si queremos colocar a la innovación, la ciencia y la tecnología en el corazón del crecimiento económico (“el ganso que ponía los huevos de oro”), se torna igualmente importante la creación de Centros de Excelencia en educación e investigación.

Finalmente, el modo como viven las personas en los centros urbanos y rurales, es decir, la calidad de vida, tiene implicancias muy importantes para la productividad de la fuerza laboral. Aquí, una vez más, la relación entre cantidad y calidad, y reformas económicas y sociales queda manifiesta.

Un conjunto integrado de políticas económicas y sociales, tal como queda ilustrado por los ejemplos anteriormente mencionados, mejorará el margen competitivo de los países, y por lo tanto proporcionará el equilibrio necesario para las reformas financieras y económicas de los años 80.

III. Implementación

Hay casos que ilustran el hecho que el dinero por sí sólo no resuelve problemas. Todo lo contrario, recursos generosos no acompañados por un control fiscal adecuado y distorsionados por intereses partidarios pueden crear distorsiones o “bombas de tiempo” que se tornan visibles cuando disminuyen dichos recursos. Los gastos en áreas sociales tradicionales pueden ser relativamente altos en una perspectiva regional, e incluso internacional, pero los resultados pueden ser malos e incluso rápidamente empeorar. Muy a menudo este tipo de problema se encuentra en instituciones inadecuadas y altamente ineficientes que históricamente han canalizado dicho dinero. Gran parte del problema yace a su vez en los intereses creados subyacentes a dichas estructuras. Al comienzo podrá parecer difícil o incluso imposible desafiar a dichos intereses creados.

Ese es el motivo por el cual resulta muy importante concentrarse en **cómo** podrían ocurrir las reformas. En cuanto a **qué** es lo que se debe hacer, en los países muy a menudo existe un grado importante de consenso respecto a las metas, que pueden o no coincidir con las prioridades mencionadas en el punto II. Pero lo importante es que muy frecuentemente existe consenso respecto a los objetivos y a lo que se debe hacer en el arena social. No obstante, dichos elementos de consenso dejan de existir cuando uno pasa a los medios y ya no a las metas. Por ejemplo, muy a menudo no hay acuerdo respecto a la naturaleza y grado de apoyo estatal necesario para construir un sector social eficiente. Quizás no haya siquiera información adecuada para evaluar en qué medida son capaces de generar empleo las estrategias para el crecimiento económico.

Las instituciones estatales frecuentemente parecen tan ineficientes y distorsionadas que no se puede confiar en su capacidad para ejecutar decisiones políticas. Este es el motivo por el cual es tan importante reflexionar sobre las diversas instancias de cambio positivo presentes, algunas a nivel local y lejos de la mano pesada de los ministerios estatales centrales. El análisis y la comunicación exitosa de tales historias de éxito a nivel comunitario pueden sentar las bases para una estrategia para el cambio aprendiendo cuidadosamente de los errores que por supuesto ocurren. Pero la política social también se refiere a la eficiencia administrativa. Estas aspiraciones quedarán sin concretar o incluso podrán quedar distorsionadas a menos que las instituciones sean capaces de transformar sus preferencias en una prestación efectiva de servicios sociales.

La política social, tal como se concibe en gran parte de América Latina y en otros lugares, tiene un foco más bien específico. Ha abarcado los siguientes cuatro elementos. En primer lugar, la prestación pública de salud y educación, y en cierta medida también la provisión de vivienda para los sectores de bajos recursos. Segundo, el uso de la legislación laboral para alcanzar las metas sociales. Tercero, el uso de precios para redistribuir los ingresos. Y cuarto, sistemas de seguridad social generalmente de los años 30. Pero en el caso de muchos países, el estado no ha logrado brindar un acceso **adecuado** a la salud y la educación; la legislación laboral ha sido socavada por prácticas de política partidaria y por un enorme crecimiento de la fuerza de trabajo no cubierta por ningún código laboral. El mecanismo de precios ha probado ser inadecuado para redistribuir los ingresos; y el sistema de seguridad social no sólo resulta totalmente inadecuado en cuanto a su cobertura, sino muy a menudo en bancarrota en la práctica.

Por lo tanto, no sólo se necesita reformar las políticas sociales, sino que a menudo éstas deben ser reformuladas. Dicho de otro modo, se deben ampliar los conceptos acerca de su sentido y papel, y esto debe formar parte integral de la reforma. En síntesis, es necesario cambiar toda la estructura institucional diseñada para redistribuir la riqueza, porque está fracasando en su meta original de redistribución y porque debe reflejar la dura realidad de la necesidad de austeridad económica.

Una conclusión esencial de esta línea de razonamiento es que la responsabilidad por la reforma social no yace exclusivamente en un grupo o agente únicos. La responsabilidad por una relación nueva y más productiva entre el estado y la sociedad civil se encuentra en gran medida en manos de las sociedades patronales, ONGs, comisiones vecinales, y muchos más, además del Estado. Este énfasis resulta importante para contrabalancear el poder de cualquier interés creado en la implementación o bloqueo de la reforma institucional.

Pero en tanto que el repensar los modelos puede verse precipitado desde abajo, como de hecho es el caso de muchos ejemplos notables en una serie de países; en última instancia todo el proceso de reforma debe involucrar la nueva puesta a punto y el relacionamiento de estas diversas instancias en su núcleo central, además de la disponibilidad de parte del centro para responder a estas reformas a nivel micro. La primera prioridad en cada sector, sea educación, salud o vivienda, es la definición clara de normas desde el centro. Sin embargo, entre otros postulamos que un abordaje incremental en la construcción de pequeños ejemplos de éxito es un modo, y quizás el único modo, de tornar manejables los grandes temas. Pequeños ejemplos pueden animar a otras iniciativas locales, que a su vez pueden aprender a partir de la experiencia, tanto buena como mala. El hecho es que tales estrategias deben estar sostenidas por inversiones sistemáticas en “aprendizaje institucional”. Esto requiere inversiones en recursos para realizar este tipo de aprendizaje, registrar las historias de los diversos casos, además de evaluar y darles difusión.

Un avance sólido en estas líneas es esencial para el proceso de reforma social. Abundan los ejemplos de situaciones de comunidades locales que desafiaron y lograron superar el poder de sindicatos para la prestación de servicios básicos. Existen motivos para creer que habrá apoyo de parte del público para una acción gubernamental decidida que, con las inducciones correctas podría reformar el modo como operan los sindicatos del sector público.

El hecho que las relaciones laborales a nivel estatal y municipal no se acompañen por el mismo patrón de relaciones gobierno-trabajadores que tan a menudo encontramos actualmente resulta vital para el éxito del proceso de descentralización. Muchas veces los sindicatos reaccionan de un modo puramente negativo y defensivo sin ninguna estrategia positiva de reforma. Un movimiento sindical democrático e involucrado en el proceso de reforma fortalecería a todo el proceso de reforma.

IV. Comentarios Finales.

Lo que se necesita hoy es una reforma social que complemente a las reformas económicas y financieras ya introducidas en muchos países para poder alcanzar un conjunto de políticas socio-económicas **equilibrado** e **integrado**. Las políticas económicas introducidas alrededor de la década del ochenta colocaron un énfasis particular sobre las modalidades de implementación: sector privado versus sector público; desreglamentación versus reglamentación; libre comercio versus proteccionismo; etc. Este énfasis en el modo **cómo** deben implementarse las cosas es igualmente importante en los sectores sociales, tal como ha sido ilustrado previamente en la sección III.

Es necesario mirar a la estructura de implementación y decisión de una forma “vertical” y “horizontal”. La estructura vertical se refiere a las cuestiones que deben ser decididas a nivel central y

que puede manejarse mejor a nivel regional, municipal y comunitario. La estructura horizontal se preocupa de aquellas cosas que el Estado (centralizado o descentralizado) debe hacer, lo que debe ser hecho por el sector privado, las ONGs, así como aquello que es responsabilidad del individuo.

Debe trazarse una distinción más entre aquellos gastos sociales que pueden ser considerados como inversiones necesarias para el desarrollo por un lado, y gastos sociales que se acercan más al consumo, por otro. Gran parte del gastos en los sectores de educación y de salud son inversiones en capital humano. Por definición la creación de empleo resulta esencial para el crecimiento económico y el desarrollo. La seguridad social y los seguros de desempleo, cuando existen, se acercan al consumo, pero incluso aquí son capaces de evitar grandes caídas económicas al mantener la demanda.

En conclusión, “el desarrollo social es desarrollo económico”. Las inversiones en la gente pueden considerarse como los gastos dirigidos al desarrollo a largo plazo con los retornos más altos.³ Esperemos que esta lección no se olvide una vez más en el futuro.

³ Nancy Birdsall, Social Development is Economic Development, Policy Research Working Paper, Banco Mundial, abril 1993.

**MOMENTO
POLITICO-CONCEPTUAL**

4 DIC. 1996

EDUCACIÓN, PRACTICA MEDICA Y NECESIDADES SOCIALES. UNA NUEVA VISIÓN DE CALIDAD¹

José R. Ferreira²

Me corresponde abrir esta primera sesión de trabajo de la XVI Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina integrada en esta oportunidad con una Conferencia extraordinaria de FEPAFEM, y quiero hacerlo en esta oportunidad saludando a todos los participantes y públicamente reconociendo la labor realizada por el Señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay, Dr. Eduardo Touya, y por el Dr. José Luis Díaz Rossello que ha conducido los trabajos del Comité Organizador local, quiero igualmente agradecer a todos los profesores y alumnos de esta escuela que nos reciben hoy en un ambiente fraterno y propicio para el diálogo que pretendemos realizar en pro de la mejoría de calidad de la educación médica.

Hace más de 30 años este país fue el centro de las atenciones de los que se preocupan con la formación de personal de salud, por abrigar dos importantes conferencias:

En 1960 la II Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina y en 1961 la Conferencia de Punta del Este. En ambas se consideraron aspectos relativos a la cantidad de los recursos humanos, en la primera estudiando la adaptación del número de alumnos a la capacidad docente y en la segunda recomendando la realización de estudios para determinar la necesidad futura de médicos, introduciendo con esto la idea de la planificación de recursos humanos en salud.

Sin embargo, a pesar de que el énfasis apuntaba a la necesidad de aumento cuantitativo de los médicos, ya en aquel entonces se daban cuenta de otro reto y señalaban la importancia de "buscarse un nuevo desarrollo en el que la expansión no se oponga a la calidad".

Y en esto estamos hasta hoy, al plantear como meta de la presente reunión "La educación, práctica médica y necesidades sociales - una nueva visión de calidad".

A continuación me propongo en términos generales introducir el tema central de este Encuentro:

El discurso reciente sobre el desarrollo de la práctica médica y su relación con la formación médica está impregnado de un tono que es al mismo tiempo de crítica y resignación o conformismo.

Se habla de una medicina tecnológica, institucionalizada, socialmente segmentada y dependiente de un trabajo colectivo, en el cual se diluyen la relación médico-paciente y los criterios de ética y

¹ Conferencia pronunciada en el Encuentro Continental de Educación Médica -ALAFEM/FEPAFEM, Punta del Este - Uruguay, 10-14 de octubre de 1994.

² Jefe del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

responsabilidad profesional. Todo esto a un costo muy por encima de lo que puede cubrir la sociedad y el propio Estado, en contextos que todavía asignan a este último la obligación de cuidar de la salud de la población.

Se acepta el carácter hegemónico de esta práctica y, sin dejar de considerar la autonomía relativa de la escuela médica, se admite como inevitable la transmisión de una determinada cultura profesional dominante que refuerza, en último análisis, aquel “statu-quo”.

La base predominantemente hospitalar, de un lado, y el desarrollo e incorporación de tecnología, del otro, han inducido un incremento de la especialización y sobreespecialización.

El cuerpo docente clínico encuentra este ambiente favorable a su propio desarrollo y termina por priorizar las actividades de postgrado, en desmedro de la orientación básica y general del pregrado. Aún cuando la escuela no llega a tener una programación formal de postgrado, se ve reforzada precozmente la tendencia a la especialización, ya en la etapa previa a la graduación.

Es obvio, sin embargo, que todo este modelo que se acepta como hegemónico, está lejos de poder atender las necesidades de la población como un todo, restringiéndose en su cobertura y distribución geográfica, en términos técnicos y sociales.

Es el complejo médico-asistencial y el médico en su interior que determinan el patrón de atención que premia la capacidad resolutoria puntual y desprecia la visión de conjunto del estado de salud del individuo y de la sociedad. Y en este cometido cuenta con el respaldo de esa misma sociedad, que igualmente busca la excelencia técnica y sofisticación asistencial, sin tomar en cuenta las restricciones que esto impone para la mayoría de sus miembros, tanto en cobertura colectiva como en el abordaje individual.

Para contrarrestar esta situación se propone a las escuelas *“un nuevo compromiso social que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad”*. Se plantea la necesidad de *“un nuevo modelo científico biomédico y social”* que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la comunidad.

Se destaca la necesidad de “un nuevo estatuto de valores” que trascienda la influencia de los cambios en los patrones de práctica, reconstruya la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional y la función social de atender las necesidades de salud.

A esto, los norteamericanos, usualmente más pragmáticos, considerando la estrecha relación entre la visión de los responsables por la educación médica, la élite poblacional en que se ubica el propio médico y la clientela asistida en ese enfoque puntual, plantean en un reciente análisis histórico, que “difícilmente se puede introducir reformas que desafían su propia sobrevivencia o cambian una estructura que, en el presente, satisface sus beneficiarios”.

Con la plétora de conocimientos e información, y el hospital docente transformado en un “centro de distribución de alta tecnología”, con la idea de excelencia técnica asociada a la sobreespecialización y los profesores necesariamente incorporando este criterio de valoración; y finalmente con los alumnos aspirando igualmente una práctica autónoma y altamente tecnificada, es fácil comprender el por qué de la desviación hacia las especialidades, relegando el aprendizaje básico general a un plan secundario y desaprovechando la etapa de la formación en que más se podría destacar la relevancia social de la educación médica.

En este contexto la resignación es parte de una postura filosófica con la misma concentración de beneficios que ofrece la medicina moderna, en que frecuentemente se asocia la idea de calidad a lo sofisticado y de alto costo, que se restringe a una minoría absoluta, de mayor poder adquisitivo.

Ya hace 10 años, Amador Neghme, el fundador de FEPAFEM, caracterizaba a toda esta situación como la crisis de la educación médica. Sin embargo, lo que vemos hoy nos ubica en una posición más allá de lo que se podría llamar de crisis, si la definimos, como nos enseñó André Bejin: “el momento de verdad (en que el objeto se aferra a su enfoque actual) y la emergencia evolutiva (hacia un nuevo espacio potencial)”. El dilema de la crisis presupone fundamentalmente la posibilidad de reversión, tanto se puede seguir aferrado al enfoque actual como adoptar una nueva orientación. Pero, la resignación reforzada por la connivencia de los propios actores, aleja cualquier posibilidad de reversión o por lo menos de búsqueda de alternativas que permitan el rescate del compromiso con la sociedad como un todo.

Es precisamente esta misma percepción, que apunta más allá de la crisis, que explica la pérdida progresiva de reconocimiento por las propias agencias y fundaciones que apoyan el proceso de desarrollo, en relación a alguna posibilidad residual de cambio a nivel de la escuela médica. Aunque se conozcan excepciones, se puede decir que se ha alcanzado el nivel más bajo de la cooperación externa para el desarrollo de la educación médica en nuestro medio.

Y, es con esta postura pesimista que nos reunimos hoy en la búsqueda de una tabla de salvación que otra vez ofrezca la oportunidad de reubicarnos en un “momento de verdad” para, no sólo liberar las amarras actuales como también retomar un desarrollo más a tono con los principios éticos que se plantean en el “nuevo contrato social”.

Después de un largo período de calmería en el campo de la educación médica, que en la práctica, para nosotros en América Latina ha coincidido con la llamada “década perdida” del desarrollo, entramos en los 90 con algunos signos de reacción, si no con la transformación del proceso formativo, por lo menos con claros indicios de retomada del debate que intenta transformar este proceso.

La reunión de Edimburgo del 88, la de La Habana en el 91 y otra vez la Cumbre de Edimburgo de 1993, independientemente del abordaje adoptado y de los resultados presentados, se constituyen en sí mismos en una demostración evidente de este redespertar de los educadores médicos.

Especialmente a América Latina este fenómeno puede haber mostrado aún mayor intensidad, si tomamos en cuenta, aparte de los eventos que realizan las asociaciones nacionales, FEPAFEM y ALAFEM, una serie de esfuerzos extraordinarios que incluyeron las tres reuniones subregionales preparatorias para la Conferencia de La Habana y recientemente la serie de 10 reuniones subregionales y consultas nacionales que involucrarán aproximadamente 230 escuelas, lo cual representa prácticamente el 80% del total existente en Latinoamérica.

En los Estados Unidos igualmente se observa importante movilización con tres fundaciones, la MACY, la Robert Wood Johnson y la PEW promoviendo en los últimos dos años conferencias e informes especiales sobre el médico de mañana (Clinical Education and the Doctor of Tomorrow), las ciencias de la práctica médica y el ambiente para el aprendizaje (The Sciences of Medical Practice - Environment for Learning) y América saludable - practicantes para el año 2005 (Healthy America - Practitioner for 2005), respectivamente. Además el Journal of the American Medical Association (JAMA) dedicó todo su número de la semana del 7 de septiembre del corriente año a

la educación médica, bajo la orientación del Dr. Carlos Martini, Vicepresidente para Educación Médica de la Asociación Médica Americana, y aquí presente con nosotros en esta Conferencia.

Volvemos a resaltar este ciclo de concentración en la retomada del desarrollo de la educación médica en nuestro medio, porque creemos que el viene permitiendo, más allá que el propio evento final de la cumbre mundial, concientizar a una masa crítica de autoridades, tanto del área académica como del servicio, de que ya no es posible mantener una posición puramente expectante y conformista frente a la crisis a que nos referimos anteriormente. De hecho, de la referencia inicial en cuanto al tono del discurso general, quizás tengamos que ser menos críticos en nuestra denuncia pero nunca resignarnos en la conformación de la propuesta prospectiva.

Se impone seguir promoviendo la expansión de esta ola de concientización y luego empezar a considerar más detenidamente las alternativas de instrumentalización de los cambios necesarios. Pero, cuando se habla de cambio, usualmente la primera iniciativa es promover un cambio curricular, y la experiencia ha demostrado la insuficiencia de esta práctica, limitada casi siempre a ajustes de posicionamiento disciplinar y carga horaria. Steve Iliffe en un artículo reciente publicado en un periódico británico, empezaba declarando que “cuanto más se cambia la educación médica más ella se queda en lo mismo”, y quedarse en lo mismo refleja el carácter dominante del patrón de práctica profesional que supera cualquier intento de reorientación formativa.

En principio, estamos de acuerdo con Daniel Callahan cuando llama la atención para la transformación central que sería necesaria para que la medicina reconociera “que su objeto no puede ser la superación al extremo y en carácter permanente de todos los problemas de salud, sino que debería estar referida a la mejoría de la calidad de vida. La dinámica del cambio tiene que considerar en forma integrada los aspectos biológicos, sociales y económicos, jugando con la evolución acumulativa de las causas, el control realista del potencial tecnológico y la reorientación del apetito de la misma sociedad por una creciente y utópica calidad técnica que conduce cuando mucho a ganancias marginales”.

En estos planteos se vislumbran los ingredientes de un nuevo paradigma que pueda orientar la emergencia evolutiva para superación de la crisis en que nos encontramos, y que incluya:

- **La redefinición de los conceptos de salud y enfermedad involucrándolos en un ámbito transdisciplinario y de articulación del conocimiento biológico y social;**
- **El redireccionamiento del avance tecnológico en función de la necesidad política de ajustarse a los problemas nacionales a partir de un esfuerzo investigativo centrado en la realidad;**
- **El redimensionamiento de los espacios de práctica tomando en cuenta sus niveles de complejidad y el propio desarrollo de una nueva práctica; y,**
- **El reconocimiento e integración de esta práctica en los avances de la ciudadanía y de los procesos de participación de la sociedad civil dentro del nuevo contexto de democracia que vive América Latina.**

Pero este nuevo paradigma carece todavía de un abordaje epistemológico que permita su total comprensión y respalde su aplicación en la realidad en que vivimos. lo que traemos a la consideración de este plenario es la propuesta de que la escuela médica no se quede al margen de este proceso de transición y que luche por asumir el liderazgo de la transformación que hoy, más que nunca, se siente como extremadamente necesaria.

Una forma de abordar esta cuestión podría ser el enfoque de gestión estratégica de calidad que se delinea en el documento básico preparado para esta Conferencia. La idea de que los elementos de un posible nuevo paradigma lleven al replanteo de la propia noción de calidad, que supere su vínculo exclusivo con el sentido de excelencia técnica y pase a reflejar relevancia y satisfacción de la sociedad como un todo, asociándose a criterios éticos de equidad y justicia social.

Calidad, cuya legitimación depende no sólo del saber profesional sino también de la valoración de la propia sociedad, que representa en la realidad el “tercer actor” del proceso de trabajo en salud.

El papel de la escuela médica en toda esta transformación tendrá que involucrar la profundización del análisis de todo este complejo, partiendo de la evaluación de su propio quehacer y ampliando en una visión prospectiva el replanteo de su misión. Y esto, en un continuo que toma en cuenta la participación de la escuela como un todo en estrecha relación con los servicios de salud y representantes de la sociedad organizada.

La secuencia operacional de este esfuerzo que se propone en el documento básico, no debe de forma alguna, ser tomada como receta, sino que se presenta como un ejemplo de desarrollo evolutivo que necesariamente variaría en cada caso.

Lo importante es reconocer el potencial y las limitaciones de la evaluación externa, de la autoevaluación y del seguimiento continuo de la gestión de calidad, y considerar que lo que se busca es la transformación a partir de un proceso participativo que tome en cuenta el análisis del entorno contextual y la extrapolación prospectiva del mismo en el redimensionamiento de la misión de formar médicos. Así mismo, hay que tener presente que el propio desarrollo del proceso formativo debe ser objeto de una permanente problematización, teniendo en cuenta la interacción entre actores y situaciones cambiantes.

Faltaría en este análisis la consideración de aspectos relacionados con la oportunidad y factibilidad para superar la resistencia que está relacionada a la sobrevivencia y/o fortalecimiento de aquellos que son al mismo tiempo, los responsables y beneficiarios de esta situación.

Y esto se evidencia en el contexto de las reformas sectoriales que vienen siendo introducidas en la mayoría de los países de la Región, y que ahora con gran destaque está en debate incluso en los Estados Unidos, con la propuesta de Reforma de Salud del Presidente Clinton.

Ya el patrón asistencial estrictamente individualizado y segmentado, exclusivamente medicalizado y extremadamente tecnificado, que los países centrales vienen manteniendo, con costos ascendentes y estratosféricos, por más que siga generando prácticas lucrativas y muchos resultados positivos, no llega a poder absorber a todos, tanto proveedores como usuarios, ambos en la posición potencial de beneficiarios.

La verdad es que la evolución reciente de los modelos de educación y práctica médica empieza a presentar señales de agotamiento, sobre todo en las sociedades más desarrolladas, que para nosotros eran tomadas como modelo.

Las preguntas que hoy se hacen en los Estados Unidos, como por ejemplo: ¿la fuerza de trabajo médico es representativa de la población? o ¿está geográfica y socialmente bien distribuida?, son expresiones de un grado de cuestionamiento que nos identifica en la lucha por una reforma más cercana a los intereses de la mayoría en nuestras sociedades.

Y llevan a planteamientos en relación:

- a la carencia de políticas de orientación y financiamiento de la educación médica;
- al aumento del número de médicos inflacionando costos sin mejorar la atención de áreas desprotegidas; y,
- a la insuficiencia de médicos generales y plétora de especialistas distorsionando el modelo de atención.

La movilización que generó la propuesta en discusión en el Congreso Americano, en favor de los 39.000.000 que no tienen acceso a la atención de salud, puede que todavía no logre comprometer políticamente a todos, pero se mantiene el cuestionamiento sobre el perfil profesional, que las distintas alternativas de proyectos de ley son unánimes en abordar, respaldando medidas que llevan a la desviación del curso que antes perpetuaba el patrón de práctica vigente. La propuesta de intervención en los niveles de formación, que venía favoreciendo la especialización de la mayoría de los médicos, se constituye en un ejemplo de la conducción estatal que supera mucho de lo que se ha podido hacer hasta hoy en América Latina, al proponer el establecimiento de mecanismos de regulación y control de la apertura de plazas para postgraduación. Se pretende en cinco años reducir a 50% el porcentaje de especialistas.

Paralelamente, otra tendencia se viene expandiendo en Latinoamérica, en el sentido de establecer, ampliar o simplemente viabilizar los tratados de libre comercio entre varios grupos de países a nivel subregional. El NAFTA ya vigente entre los países del norte y el MERCOSUR en franco avance entre Brasil, Uruguay, Argentina y Paraguay son los ejemplos más marcantes a los cuales acompañan en una etapa más incipiente el grupo de los tres, y el bloque Centroamericano, entre otros.

La potencialidad de esto, para el mercado de servicios de salud y las consecuencias que este intercambio pueda ocasionar en el campo profesional y en la dinámica de la formación y utilización de los recursos humanos, no pasan desapercibidos, más bien se resaltan por la presión que vienen ejerciendo los mismos grupos interesados en su análisis. En este sentido uno de los primeros problemas pasó a ser el de la equivalencia de títulos, trayendo en su ámbito, la preocupación por la calidad de la formación.

Los dos extremos de la cuestión se ubican, de un lado, en la valoración institucional a través de mecanismos de acreditación, y de otro, en la validación individual con el examen de orden y la consecuente certificación. Obviamente en este contexto, otra vez se direccionan los intereses a los ejemplos que ofrece el mundo desarrollado, sin poner atención en el modelo de desarrollo en que fueron establecidos estos criterios, no necesariamente adecuados a nuestra realidad.

Son los mismos requisitos mínimos que llevaron al modelo de práctica que está siendo cuestionado hoy en los Estados Unidos, que eventualmente serían tomados para orientar los mecanismos de la regulación y control educacional que se piensa implantar en nuestros países.

Para nosotros, esta propuesta tiene restricciones y oportunidades. Restricciones en cuanto a la importación de parámetros singulares de evaluación que no sirven para orientar el seguimiento de la institución con el propósito de problematización y ajuste continuado a las necesidades de la sociedad. Pero oportunidad, en tanto realzan la necesidad del cambio e inducen la ruptura de las resistencias en favor del "statu quo".

Vengo de participar, la semana pasada en una reunión en Ginebra promovida por el ECFMG (el Consejo Educativo de los Estados Unidos para Médicos Graduados en el Extranjero) en que, tomando como base la experiencia acumulada por este organismo en la evaluación de todos los

médicos extranjeros que pretendan practicar en aquel país, proponen desarrollar un sistema internacional de examen de orden (“board examination”). A esta iniciativa denominarán: *“Hacia un consenso global de calidad en educación médica”*.

Obviamente, no dudamos de la eficiencia de este procedimiento en cuanto a la evaluación de la capacidad científico-técnica en el manejo diagnóstico y terapéutico, pero aplicado en un ámbito internacional, el mismo estará siempre descontextualizado, por la imposibilidad de tomar en cuenta las condiciones socioculturales y de desarrollo tecnológico vigentes en cada sitio. Por otro lado, no se justificaría evaluar y eventualmente penalizar el producto del proceso formativo, sin tomar en cuenta la posibilidad de intervención a nivel institucional sobre el continuo de toda la carrera.

El consenso global que necesitamos en relación a la calidad de la educación médica tiene que estar referido al proceso y no sólo al producto, y en esto informa más a la acreditación de la Escuela Médica que a la certificación del médico.

Y por eso es que se destaca la oportunidad de aprovechar la reorientación suscitada por las reformas del sector salud y el planteo de equivalencia generado por los acuerdos de intercambio subregional para involucrar los educadores médicos, las escuelas médicas y toda la red formadora, en la búsqueda de nuevos caminos, asociando la revisión a fondo de la misión con el establecimiento de criterios de calidad y asegurando la gestión de su ejecución.

Como marco para el debate que se desarrollará a continuación, quiero reforzar aquí:

- la redefinición de salud en función del bienestar y de la calidad de vida;
- el agotamiento del modelo de formación y práctica médica;
- la necesidad de un nuevo paradigma tomando en cuenta el concepto de ciudadanía, la transdisciplinariedad en el biológico y social, la complejidad controlable, y la integración con la práctica;
- la oportunidad favorable a cambios de mayor trascendencia en el contexto de las reformas de salud y de la dimensión internacional en que se desarrolla todo el proceso;
- y la importancia de lograr consenso en la adopción de una nueva visión de calidad:
 - enfatizando la relevancia social,
 - involucrando la voz del usuario,
 - creando conciencia en cuanto a las propiedades, beneficios y limitaciones de los servicios,
 - asumiendo responsabilidad en satisfacer demandas y necesidades,
 - valorando la capacidad científico-técnica, las calidades humanas y aptitudes sociales y éticas.

Para esto se programarán tres momentos en esta Conferencia:

- un primero en que se considerará el entorno, analizando la necesidad del cambio de la educación médica en el contexto de las reformas de salud;
- un segundo momento en que se discutirá la aplicabilidad de los criterios de calidad para el perfeccionamiento de todo el proceso;
- y finalmente, un tercero en que, en la búsqueda de soluciones operativas, se analizarán distintas orientaciones adoptadas en diferentes países en relación a la coordinación del proceso formativo y el establecimiento de mecanismos de regulación y control.

Con esto, no nos queda más que desearles un muy provechoso debate en el cual podamos aplicar la crítica para superar, de una vez por todas, la resignación y la crisis que nos restringe el avance hacia el espacio potencial que plantea el nuevo contrato social de la educación y práctica médicas.

Contrato que se puede desarrollar con equidad y en un contexto ético y de justicia social.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. **Barznsky, B y Gevits, N:** "Beyond Flexner - Medical Education in the Twentieth Century"(Contributions in Medical Studies ISSN 0886-8220 No. 34), Greenwood Press, New York, 1992, 240 pages.
2. **Boelen, C.:** "Medical Education Reform: The Need for Global Action", *Academic Medicine*, Vol. 67, No. 11, Nov. 1992.
3. **Callahan, D.:** "What Kind of Life", A touchstone Book, New York, 1990, 320 pages.
4. **FEPÁFEM:** Primera Conferencia General de Educación Médica - "CARTA DE PUNTA DEL ESTE", pag. 48-55, publicado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en 1966.
5. **Iliffe, Steve:** *Brit. J. General Practice*, Vol. 41, pp390-393, September, 1992.
6. **Lowry, S.:** "What's Wrong with Medical Education in Britain?", *British Medical Journal*, Vol. 305, 1277-80, 1992.
7. **Mullan, F.:** "Health Care Reform in the United States: The Critical Role of Medical Education."
8. **Neghme, Amador:** *Educación Médica en Crisis*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1984.
9. **Nogueira, R. P. :** "Perspectivas de Qualidade em Saúde", Qualitymark Editora, Río de Janeiro, 1994.
10. **OPS/FEPAFEM:** "Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina a la Cumbre de Edimburgo", 1993. *Educ. Méd. y Salud*, vol.28, No. 1, 125-138. enero-marzo, 1994.
11. **OPS/IIRD:** "Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica". *Educ. Méd. y Salud*, vol.28, No. 1, 125-138. enero-marzo, 1994.
12. **OPS/IIRD:** "Gestión de calidad en la Educación Médica - una propuesta de evaluación total". Documento básico para el Encuentro Continental de Educación Médica, Punta del Este, Uruguay, 1994.
13. **PEW Foundation:** "Healthy America: Practitioners for 2005".
14. **Starfield B.:** "Primary Care as Part of US Health Services Reform", *JAMA*, June3/30, 1993, Vol. 269, No. 24.
15. **Secretaría de Salud de México:** "El ejercicio profesional del médico ante la apertura comercial". Documentos mimeografiados de una conferencia, Ciudad de México, Nov. 1993.
16. **Shoustack, J & Cols.:** "Helath of the Public - The Academic Responce"- *JAMA*, May 13, 1992, Vol. 267, No.18.
17. **The White House Domestic Policy Council:** "The President's Health Security Plan", *Times Books - Creating a New Health Workforce*, pags. 139-160, New York, 1993.
18. **UDUAL:** II Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, Montevideo, Uruguay, 1960. Documento mimeografiado.
19. **WFME:** Proceedings of the World Summit on Medical Education - "The Changing Medical Profession", University of Edinburgh, 1993.
20. **WHO:** Increasing the Relevance of Education for Health Professionals". WHO Study Group, Technical Report Series 838, 1993.
21. **WHO/IIRII:** "Towards the Assessment of Quality in Medical Education". Documento de trabajo. Division of Human Resources of Health, Geneva, 1992.

DESAFIOS ETICOS EN LA EDUCACION Y PRACTICA MEDICA FRENTE A LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES Y TECNOLOGICAS DEL FIN DEL SIGLO XX

Prof. Dr. Victor B. Penchaszadeh¹

1. Introducción

Las últimas décadas del siglo XX son testigos de grandes transformaciones sociales y tecnológicas, que repercuten dramáticamente en la salud individual y colectiva. Así, se ven afectadas las concepciones sobre las causas de los procesos de salud-enfermedad, los métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, la organización, administración y financiamiento de los servicios de salud, y la formación de recursos humanos del sector salud. Estas transformaciones traen consigo nuevos desafíos éticos en la práctica médica, cuya resolución trasciende la competencia exclusiva de la profesión médica, para involucrar a la sociedad entera.

En esta ponencia, me propongo analizar los principales desarrollos sociales, médicos y tecnológicos que están ocurriendo en el mundo actual y las consecuencias de estos desarrollos en: (a) el perfil epidemiológico de la salud individual y colectiva, y sus variaciones de acuerdo a factores socioeconómicos; (b) el papel del Estado y los sectores privados en la organización de los servicios de salud; (c) los costos de la atención médica y las desigualdades de acceso y utilización; (d) las expectativas individuales y colectivas con respecto a la salud. Seguidamente, mencionaré los principales desafíos y dilemas éticos que, a mi juicio, estos desarrollos están determinando, y la necesaria repercusión que esta realidad debe tener en la educación del personal de salud del futuro inmediato.

2. Desarrollos tecnológicos

El desarrollo de la tecnología médica de los últimos años se ha dado especialmente en el campo de la biología molecular, los métodos de imagen basados en ultrasonido, tomografía computada y resonancia magnética, la automatización de análisis bioquímicos en gran escala, y el análisis computarizado de información. Estos desarrollos se están traduciendo en la capacidad de detectar enfermedades subclínicas o presintomáticas (por ejemplo, diabetes, enfermedad de Huntington), en el análisis molecular del ADN de virus y bacterias para el diagnóstico de enfermedades infecciosas (sida, tbc), y del propio ADN humano para el diagnóstico de un número cada vez mayor de enfermedades hereditarias. Estas mismas técnicas moleculares se están empleando en determinar susceptibilidades genéticas a trastornos de salud de los más diversos (por ejemplo, enfermedades mentales y cáncer).

¹ Profesor de Pediatría, Albert Einstein College of Medicine, New York;
Jefe de Genética Médica, Beth Israel Medical Center, New York;
Consultor de Genética Médica, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Los avances han sido más evidentes en el diagnóstico y la predicción de enfermedades, que en la prevención y el tratamiento de las mismas. Este fenómeno tiene múltiples facetas de análisis. Desde el punto de vista del fenómeno en sí, ocurre que la causalidad de las enfermedades siempre es más compleja y multifactorial de lo que la moda del momento sugiere. En cáncer, por ejemplo, la moda actual es adjudicar todo el peso de la causalidad al efecto de genes oncogénicos y supresores. Este énfasis, sin embargo, olvida que los factores que activan o desactivan estos genes son los agentes ambientales, y que la prevención del cáncer en última instancia va a depender más del control de éstos que en la manipulación genética. El gran desarrollo de las investigaciones en oncogenes es explicable porque su estudio no afecta las relaciones de poder social y económico, como sí lo haría, por ejemplo, una política de prevención de cáncer de pulmón basada en el control del hábito de fumar. El inconveniente de estos enfoques es que proveen una concepción sumamente reduccionista y mecanicista del fenómeno salud-enfermedad, como si estuviera determinado fundamentalmente por la constitución genética.

El Proyecto del Genoma Humano es el megaproyecto biomédico de fin de siglo, que llevará a conocer todos los genes que constituyen nuestro genoma. Este proyecto se inscribe en la línea de investigación y desarrollo tecnológico que privilegia la concepción que detrás de las grandes morbilidades actuales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos mentales) están las susceptibilidades genéticas individuales. De este proyecto están surgiendo pruebas diagnósticas pero no todavía tratamientos, lo que genera dilemas éticos que discutiré mas adelante.

3. Contexto epidemiológico

El mejoramiento de los indicadores de salud en los países industrializados incluye una reducción dramática en la mortalidad, especialmente en los primeros años de la vida, y un aumento significativo en la expectativa de vida. Estos progresos se han debido fundamentalmente al mejoramiento de las condiciones de vida, y secundariamente a ciertas tecnologías médicas como las inmunizaciones y los antibióticos. El consiguiente control de las enfermedades infecciosas ha dejado al descubierto otras morbilidades que son hoy los principales factores de enfermedad en esos países: malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias, cáncer, enfermedades cardiovasculares, discapacidades físicas y mentales, y otros padecimientos crónicos. Entre las nuevas morbilidades de origen claramente social, adquieren preeminencia el SIDA, la drogadicción, y los efectos de la violencia sobre la salud. Por otra parte, la aplicación de tecnologías que permiten la sobrevida de recién nacidos cada vez más pequeños, también genera nuevas morbilidades en forma de discapacidades crónicas. Asimismo, la reducción de la fertilidad actúa sinérgicamente con el aumento de la expectativa de vida, modificando la estructura etaria de la población, con aumento significativo de la población de avanzada edad, con sus morbilidades propias.

La situación en los países pobres es muy diferente de la descrita arriba para los países industrializados. Aunque la mortalidad ha descendido y la expectativa de vida ha mejorado, los progresos en las condiciones de salud han sido mucho menos notorios. De acuerdo al Banco Mundial, 11.3 millones de los 12.4 millones de niños menores de 5 años que murieron en 1990 en los países pobres, no hubieran muerto si en estos países la mortalidad de este grupo de edad fuera la existente en los países ricos. El mismo Banco Mundial estima que el peso de las enfermedades transmisibles como causas de discapacidad y muerte en América Latina es superior al 40%, comparado con el 10% en el mundo industrializado. Esto no debe sorprender si tenemos en cuenta que el promedio del gasto anual per capita en el sector salud en América Latina es sólo de US\$ 105, comparado con US\$ 1860 en el mundo industrializado. Esto se traduce en niveles de atención de la salud claramen-

te deficientes, cualquiera sea el indicador que se analice (número de profesionales de salud, camas hospitalarias, consultas prenatales, proporción de niños inmunizados, etc). También se observa una distorsión en la configuración del equipo de salud: mientras que en el mundo industrializado la razón enfermeras/médicos es 2.1, en América Latina es sólo 0.5, implicando un serio déficit de personal de salud no médico. Los servicios de salud experimentan serias deficiencias de financiamiento y de control de calidad, existiendo falencias en la organización de la atención, con servicios inexistentes en algunos rubros y duplicación en otros, y mal utilizados en la mayoría de los casos. Las consecuencias de estas falencias se hacen sentir en todos los sectores de la población, excepto entre las élites económicas. Y como siempre, son los sectores pobres los que más sufren la injusticia en la cobertura de salud. Lamentablemente, la pobreza ya no es más la excepción de una pequeña minoría de la población: se estima que un tercio de la población de América Latina vive por debajo del nivel de pobreza.

Es importante destacar, sin embargo, que las poblaciones de América Latina están presentando perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad que se están acercando mucho a los del mundo industrializado, con incremento relativo de enfermedades congénitas, crónicas, neoplásicas y degenerativas. Además, no cabe duda que las clases altas en América Latina presentan problemas de salud muy semejantes a sus pares en los países ricos, y no tienen dificultades de acceso a los servicios de salud. Al mismo tiempo, en los propios países industrializados, existen grupos poblacionales que, por su nivel de pobreza y/o factores socioculturales (grupos étnicos minoritarios, inmigrantes recientes, etc), presentan perfiles de morbilidad y mortalidad y problemas de acceso a los servicios de salud muy semejantes a los que prevalecen en los países pobres. Es importante tener en cuenta estas variaciones para no caer en esquematismos sobre las realidades sanitarias respectivas de los países ricos y pobres.

4. Desarrollos económico-sociales

Los acontecimientos sociales, políticos y económicos durante los 80s y lo que va de los 90s han traído profundas transformaciones en la distribución del poder mundial. En primer lugar, las economías estatales de la mayoría de los países pobres, particularmente en América Latina, fueron presa de la corrupción de sus clases dirigentes, y de una forma particular de opresión económica por parte de los países ricos que se dió en llamar "endeudamiento externo". El deterioro económico subsiguiente durante la llamada "década perdida", abrió el paso a políticas neoliberales basadas en la liquidación del poder económico de los Estados y su traspaso al sector privado. Esto conllevó a una redistribución de la riqueza en cada país, en beneficio de la élite económica y política, y en perjuicio de la mayoría de la población, que vió caer dramáticamente su poder adquisitivo y su nivel de vida. El aumento de la proporción de la población que vive por debajo de los niveles de pobreza ha sido significativo. Más dramático aún, es el crecimiento de la brecha económica entre los pocos favorecidos y los muchos perjudicados por las políticas neoliberales.

Por otra parte, las economías planificadas de los países ex-socialistas sucumbieron estrepitosamente, con el consiguiente reordenamiento político y económico del mundo, ahora hegemonizado por los países industrializados con economías de mercado. Estos países están imponiendo sus términos políticos y económicos en sus respectivas áreas de influencia, a través del control que ejercen sobre las instituciones financieras mundiales (Fondo Monetario, Banco Mundial, etc). En América Latina esto se ha traducido en las políticas neoliberales mencionadas arriba. El hecho que estas políticas económicas están produciendo ajuste, estabilización y crecimiento, a expensas de una caída dramática en los niveles y calidad de vida de la mayoría de la población, se ve agravado por la aparente

falta de interés del Estado de proveer un "colchón" social a los perjudicados. Esto ha tenido serias repercusiones en la salud de la población, con evidencias de estancamiento, y aún empeoramiento en algunos países de la Región, de indicadores como mortalidad infantil, frecuencia de bajo peso al nacer, mortalidad materna, proporción de niños inmunizados, etc. Esta realidad está planteando serios dilemas éticos a la profesión médica y a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

5. La atención médica

La organización de la atención médica también está experimentando cambios significativos. En primer lugar, asistimos a la concentración del poder médico en corporaciones cada vez más grandes, y a la contracción cada vez mayor de la práctica tradicional del médico en su consultorio. Esto conlleva a una progresiva reducción de la autonomía de acción del médico, reemplazada por normas de eficiencia económica de las acciones de salud promulgadas por corporaciones con fines de lucro, como las compañías de seguros médicos, que responden más a los intereses de los inversores que a los de los pacientes que aseguran. Por otra lado, el desfinanciamiento del sector público está dejando sin cobertura de salud a crecientes sectores de población que tradicionalmente recurrían a él como único recurso.

Los avances tecnológicos mencionados arriba están contribuyendo sin duda a una mejor atención médica a los sectores que pueden pagarla. La tecnología, sin embargo, tiene sus problemas. En este análisis crítico no puedo dejar de mencionar prácticas de la industria farmacéutica y biotecnológica que obedecen más a la necesidad de incrementar sus ganancias, que a satisfacer las necesidades de salud de la población. El control de las patentes de medicamentos, la oposición a las formulaciones de medicamentos esenciales, las prebendas a los médicos que muchas veces rayan en el soborno, la violación a códigos de ética en el caso de algunos fabricantes de fórmulas lácteas artificiales para infantes, son todas realidades que imponen reflexiones éticas en la práctica y la educación de los profesionales de salud.

Las industrias de tecnología médica y biotecnológica, por su parte, imprimen una dinámica propia al desarrollo de la medicina, generando demandas que llevan a excesos de uso de tecnología y deshumanización de la atención médica. Como parte de este fenómeno, empresas de laboratorios diagnósticos ofrecen a la población análisis genéticos de dudosa pertinencia, alimentando temores a los defectos congénitos y estimulando falsas expectativas de hijos "perfectos".

6. Desafíos éticos

Todas las acciones de los profesionales de la salud han estado siempre impregnadas de criterios éticos: qué está bien y qué está mal hacer en medicina. Desde siempre también existe conciencia que hay muchas áreas "grises" en donde pueden haber distintos puntos de vista igualmente respetables, y que los dilemas éticos se presentan cuando existe conflicto entre diferentes criterios o principios éticos. En mi opinión, si bien los desarrollos y transformaciones tecnológicas y sociales que describí someramente en las secciones precedentes han agregado nuevos desafíos éticos, no han cambiado sustancialmente los paradigmas éticos de las acciones médicas ni de la educación médica. A continuación mencionaré los principales desafíos éticos que, a mi juicio, confrontan a los profesionales de la salud, y por ende, a las instituciones que los forman. El objetivo de esta presentación es la formulación de problemas más que la receta de sus soluciones. Estas deberán surgir de la discusión colectiva en el seno de las organizaciones médicas profesionales y educativas, y entre éstas y la sociedad entera.

6.1. Defensa del derecho a la salud

La defensa del principio de la justicia y la equidad en la atención de la salud es, sin duda, el desafío ético por antonomasia que confrontamos los profesionales de la salud. Ya mencioné antes las profundas desigualdades que existen en los niveles de salud de acuerdo a la posición social de las personas. Si bien los médicos no somos responsables de las políticas económicas ni de la persistencia de la pobreza, sí tenemos la responsabilidad ética de asegurar el acceso justo y equitativo a los servicios de salud, independientemente de la capacidad de pago. El principal ataque a los principios de justicia y equidad proviene de las concepciones que hacen de la salud una mercancía en lugar de un derecho. Cuando el Estado abandona su obligación de garantizar el derecho a la salud, y, con el pretexto de mejorar la eficiencia de los servicios los pone en manos de corporaciones con fines de lucro, está infringiendo el principio ético de la justicia y equidad.

Como parte de este principio básico, están los dilemas propios de la priorización en la asignación de recursos (que son siempre finitos o limitados) a los diferentes problemas de salud que afectan a las personas. Por supuesto que siempre existe la cuestión previa de cómo se fijan los recursos del sector salud, en relación a otros sectores como la educación, los gastos militares, el desarrollo de infraestructura económica, etc. Esta cuestión previa no debe ser ajena a la ética de la profesión médica: los profesionales de la salud debemos asumir la responsabilidad ética de promover una asignación justa de recursos al sector salud. Y dentro éste, los criterios de magnitud-severidad de la morbilidad a prevenir y/o tratar, y costos-beneficios de las acciones médicas, deben acompañar a los de justicia y equidad en la asignación de recursos. Toda política de salud hace decisiones implícitas o explícitas de asignación de recursos. Ejemplos concretos ocurren en el área de inmunizaciones, transplantes de órganos, uso de tecnología de terapia intensiva, etc.

6.2. Difusión de nuevas tecnologías.

Como mencioné antes, ciertos avances tecnológicos han redundado claramente en beneficio de la atención de diversos problemas de salud. Sin embargo, la industria médico-tecnológica tiene sus propios intereses, que pasan por la satisfacción financiera de sus inversores. Estos intereses, por legítimos que sean, no siempre convienen a la salud. La tecnología debe estar al servicio de la salud, y no la salud al servicio de la tecnología, y es el profesional de salud el que debe asegurar que así sea, dada su posición clave como aplicador de la tecnología. Esta responsabilidad se infringe cuando el médico luera con el uso de la tecnología, pues a partir de ese momento pierde la objetividad necesaria para actuar estrictamente en función de la necesidad y los intereses del paciente.

Es conocido que en algunos países industrializados hay un exceso del uso de tecnología, que generalmente coincide con la deshumanización de la atención médica. Ejemplos de estos usos poco discriminados abundan, desde los estudios de resonancia magnética hasta los análisis bioquímicos múltiples automatizados. Esta no es sólo una realidad de los países ricos: las clases altas en los países pobres exhiben tasas de sobre-utilización de tecnologías médicas similares a sus pares de los países ricos.

Un problema ético aún más grave que la sobreutilización de tecnología en la atención médica, es su uso indebido para cuestiones no relacionadas con la salud. Me refiero, por ejemplo, a la administración de hormona de crecimiento a niños de estatura baja no patológica, simplemente con el objeto de mejorar su estatura final. Indefectiblemente, estas prácticas reñidas con la ética se acompañan de otras violaciones, tanto de parte de los laboratorios farmacéuticos (promocionando indebidamente el producto), como de parte de profesionales de salud que se involucran en "investi-

gaciones" subvencionadas por dichos laboratorios sin los recaudos éticos adecuados. Otro ejemplo de uso indebido de tecnología en manos de profesionales de salud es la aplicación de la técnica de diagnóstico genético prenatal con el solo objeto de determinar el sexo del feto, con posterior eliminación de los fetos del sexo no deseado.

6.4. Dilemas éticos al comienzo y al final de la vida

El desarrollo de las tecnologías reproductivas permite hoy la donación de gametas y la fertilización in vitro con márgenes razonables de éxito. Estas técnicas se están utilizando en escala cada vez mayor en diferentes tipos de situaciones de infertilidad. Los problemas éticos que confrontan estas prácticas son numerosos y variados. En primer lugar hay que considerar la influencia comercial en las indicaciones del procedimiento (sobreindicación), la información tergiversada sobre la eficacia del mismo, y la falta de control de calidad. Ofrecer esta costosa tecnología como panacea para la infertilidad plantea problemas éticos en la asignación de recursos e ignora que la mayoría de los problemas de infertilidad se deben a causas prevenibles. En segundo lugar, están los aspectos éticos del manejo de huevos fertilizados y embriones preimplantados (propiedad, lucro, congelamiento, donación, experimentación). En tercer lugar, hay que considerar la ética de una técnica que convierte a la mujer poco menos que en una "fábrica reproductiva", con la frecuente producción de gestaciones múltiples que pueden poner en peligro la vida de la madre y de los recién nacidos. Finalmente, la posibilidad de combinaciones de dadores de gametas y de úteros lleva a situaciones reñidas con la dignidad humana y el derecho de identidad de los niños.

El tema del aborto inducido es uno de los problemas ético-sociales más serios que enfrenta la humanidad desde sus orígenes. En esta presentación no pretendo entrar en la polémica ideológico-religiosa sobre el aborto inducido. Sin embargo, sabiendo que en todo el mundo se practican anualmente 60 millones de abortos, y que en América Latina se interrumpe por lo menos uno de cada tres embarazos, sería inconducente soslayar este tema. En realidad, a mi juicio el principal problema ético del aborto inducido que atañe a los profesionales de salud en América Latina, es que se lo ignora y se actúa como si no existiera. Y sin embargo la realidad nos indica las tremendas repercusiones de los abortos clandestinos como principales causas de mortalidad materna en la región. Una posición más activa de los profesionales de salud permitiría que la mujer de América Latina tenga la misma protección a su salud reproductiva que la que existe en todos los países desarrollados.

Las técnicas de detección prenatal de anomalías genéticas, agregan al perenne dilema del aborto inducido, el de la interrupción de embarazos en los que el feto está afectado con una anomalía grave. Los dilemas éticos aquí incluyen el acceso equitativo del servicio de acuerdo a la necesidad, y no de acuerdo a la capacidad de pago (en América Latina estos servicios son prácticamente exclusivos para las clases altas), la voluntariedad (versus coerción) del servicio, y los criterios de decisión sobre la gravedad de las anomalías que justifica el servicio.

Los avances tecnológicos que permiten la sobrevida de recién nacidos de extremo bajo peso, y la prolongación de la vida de pacientes terminales también imponen dilemas éticos de suma trascendencia al comienzo y al fin de la vida. La profesión médica debe plantearse si se deben poner límites a lo que la tecnología ofrece, y qué otras alternativas deben considerarse. Es claro que todos estos temas requieren el concurso de la sociedad toda en la formulación de políticas basadas en principios de ética y justicia.

6.5. Desafíos éticos de los avances en genética humana

En las últimas dos décadas han habido avances vertiginosos en el conocimiento de la estructura y función del nuestro material genético. Esto significa que hoy disponemos de herramientas poderosas para analizar la variedad genética en el hombre, descubrir causas genéticas de enfermedades, y proponer enfoques preventivos y terapéuticos. Antes de entrar en el detalle de algunos dilemas éticos que estos desarrollos están generando, es importante plantear algunos aspectos conceptuales.

En primer lugar, el desarrollo de la genética parece estar causando, al menos en los países centrales, un cambio en la concepción de la causalidad de las enfermedades, con una priorización de los factores genético-constitucionales por sobre los factores ambientales. La vieja polémica herencia-ambiente resurge, ahora con armas muy poderosas en el polo genético. La realidad, sin embargo, es que todos los procesos de salud-enfermedad se deben a interacciones complejas a lo largo del tiempo entre la constitución genética y las experiencias medioambientales. El hecho que en este momento de la evolución del conocimiento biomédico, se estén enfatizando los factores genéticos en detrimento de los factores ambientales, habla más del interés de la industria biotecnológica y farmacéutica en desarrollar productos diagnósticos y terapéuticos, que de la compleja interacción causal que produce enfermedades. También indica que los factores socio-ambientales y socio-culturales son mucho más difíciles de enfrentar que los estrictamente biológicos. Por ejemplo, la conceptualización del cáncer de colon como una enfermedad genética implica programas de detección de susceptibilidad genética, seguidos de controles médicos longitudinales en los "susceptibles". En cambio, el concepto de que las influencias ambientales (dietéticas, psicosociales, contaminantes, etc) interaccionan con la susceptibilidad genética requeriría modificaciones profundas en los hábitos de vida y en las relaciones sociales y económicas. No es por casualidad que, a pesar que se conoce desde hace mucho tiempo el efecto cancerígeno del cigarrillo, la industria del tabaco todavía está gastando enormes sumas de dinero para demostrar que existe susceptibilidad genética en el cáncer de pulmón.

La concepción que privilegia el rol de lo genético por sobre lo ambiental en la determinación de las características humanas, normales o patológicas, es riesgosa desde el punto de vista ético, pues reduce al hombre al conjunto de sus genes, en desmedro de una visión integral y totalizadora del hombre como producto de la interacción de su constitución genética y sus experiencias ambientales bio-psico-sociales. Ese reduccionismo simplista lleva también a desviar la atención sobre los condicionantes sociales de problemas como la violencia, el alcoholismo, la depresión mental, etc.

El Proyecto del Genoma Humano nos revelará la identidad de los 50.000 a 100.000 genes que consituyen nuestro acervo genético. Esto identificará muchos genes responsables de susceptibilidades genéticas a padecer enfermedades. Esto redundará en la capacidad de hacer predicciones con respecto a la salud futura de las personas. Si bien se espera que estos avances transformen la medicina hacia un enfoque predominantemente preventivo, las repercusiones éticas de estos descubrimientos son numerosas, y por ahora sólo se atisba la punta del iceberg. Además de los problemas en la conceptualización de las causas de enfermedades, que mencioné en el párrafo precedente, estarán afectados principios éticos tales como la privacidad, el derecho a la información (que incluye el derecho a no informarse), el derecho al trabajo, el derecho a la reproducción el derecho a no ser discriminado en base a características genéticas. El propio derecho a la salud puede afectarse en sistemas de atención dominados por la industria aseguradora privada, en las que se discrimina a las personas de acuerdo al riesgo de enfermar y/o a la presencia de "condiciones preexistentes".

Los problemas éticos específicos planteados por los desarrollos de la genética médica incluyen el acceso equitativo a los servicios de acuerdo a la necesidad, el respeto a la autonomía de individuos y parejas en las decisiones reproductivas, (por ejemplo, el derecho a proseguir o interrumpir un embarazo afectado con un trastorno genético grave), la protección de la privacidad frente a empleadores, aseguradoras, agencias del estado, etc, y el derecho de las personas a la información completa de sus análisis genéticos. El diagnóstico genético prenatal presenta dilemas éticos específicos, como el grado de severidad del trastorno en cuestión, o el uso indebido del procedimiento para objetivos no médicos (por ejemplo, selección de sexo).

Desde el punto de vista ético, es fundamental no perder de vista (a) que el objeto de los programas de genética es la salud y el bienestar de las personas, (b) que en la actualidad las enfermedades genéticas son más fácilmente prevenibles que tratables, y (c) que los métodos de prevención más eficaces se basan en las decisiones reproductivas de las personas con riesgos genéticos en la descendencia. Por eso es claro que todos los programas de detección genética deben ser voluntarios y basados en información objetiva. Los programas deben entonces despojarse de todo tipo de objetivo "poblacional" (como ser "erradicar" una enfermedad) y todo elemento de coerción. De lo contrario se volverá a caer en las aberraciones incurridas por los programas eugenésicos de la primera mitad de este siglo.

La terapia génica de células somáticas para la corrección de ciertos defectos genéticos se está transformando rápidamente de ciencia-ficción en realidad. Varios protocolos de investigación están en curso que involucran terapia génica de fibrosis quística, hipercolesterolemia familiar, una forma de deficiencia inmunológica, y varios trastornos más. Por un lado, la terapia génica somática plantea problemas éticos muy similares a los de cualquier tratamiento nuevo para enfermedades generalmente letales. Sin embargo, el hecho de que en esta modalidad se está afectando la constitución genética de parte del individuo, ha hecho surgir críticas y temores por su uso. En realidad, el principal riesgo es que exista la tentación de pasar de terapias somáticas a terapias en células germinales. En este caso, nos estaríamos acercando peligrosamente a objetivos eugenésicos reñidos con la dignidad humana.

6.6. Experimentación en seres humanos

La experimentación en seres humanos con fines médicos existe desde los albores de la medicina. En este siglo, la conciencia de que la investigación debe seguir preceptos éticos rigurosos surgió luego del descubrimiento de las atrocidades cometidas por los nazis y los japoneses durante la Segunda Guerra Mundial. Así aparecen el Código de Nuremberg en 1949, y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1975. Los principios claves son el respeto a las personas, la ausencia de todo tipo de coerción abierta o encubierta, el consentimiento voluntario e informado, el deber de no hacer daño y de maximizar los posibles beneficios y minimizar los posibles perjuicios, el deber de asegurar justicia y equidad tanto en la selección de los sujetos de estudio, como en la accesibilidad de los beneficios de la investigación.

Ninguno de estos principios es retórico, y lamentablemente existen múltiples ejemplos de violaciones a los mismos, en el pasado y en el presente. Bastaría con traer a la discusión los intensos debates que están acompañando la investigación de posibles nuevos tratamientos para el SIDA, para ver la multitud de dilemas éticos que se presentan en el camino. La promesa de nuevos tratamientos para diversas dolencias, como la terapia génica para algunas enfermedades genéticas, no hará sino incrementar los desafíos éticos que confrontarán a los investigadores y al resto de los profesionales de salud. La investigación en seres humanos debe ser debatida ampliamente en cada caso específico,

no sólo por los profesionales de salud sino por la sociedad toda. Los comités de investigación de las instituciones donde se efectúan experimentaciones en seres humanos deben estar constituidos por investigadores, profesionales de salud de diferentes disciplinas, eticistas y representantes de la comunidad, que aseguren la rectitud ética de las investigaciones.

6.7. Los profesionales de la salud y los derechos humanos

Es una triste realidad que la violencia ha acompañado el desarrollo de las sociedades humanas a lo largo de su historia. La violencia es hoy en día cada vez más un problema de salud pública y un problema ético de primera magnitud para los profesionales de la salud.

Los profesionales de salud tenemos la responsabilidad de confrontar esta problemática con las armas de que disponemos: análisis, descripción, denuncia, rehabilitación de víctimas, etc. También debemos tener conciencia del poder de la información médica y de las técnicas a nuestro alcance. El uso inmoral de la capacidad médica para el perjuicio de las personas es una práctica demasiado conocida para ser ignorada. Desde el abuso de la psiquiatría para el control de disidentes políticos, hasta la participación de médicos en la tortura de prisioneros, se han documentado en años recientes toda una gama de graves faltas de ética en la práctica médica. Las organizaciones profesionales médicas deben tomar este tema con toda la seriedad que merece, y los códigos de conducta ética deben ser enfatizados a los estudiantes de medicina.

Por otra parte, los profesionales de salud han sido frecuentemente víctimas de represión política por parte regímenes autoritarios. Los latinoamericanos tenemos lamentablemente experiencia durante varios regímenes militares recientes, y afortunadamente superados. Esta realidad también impone sus dilemas éticos al resto de la profesión médica, cuando se trata de proteger a sus pares que sufren persecución.

El papel de los profesionales de salud como documentadores de violaciones a los derechos humanos es un nuevo rol de la máxima significación ética, y que no puede faltar en esta presentación.

6.8. Etica social

Los médicos estamos acostumbrados a considerar problemas éticos a nivel individual, en la relación médico-paciente. Sin embargo, la mayoría de los desafíos éticos mencionados arriba tienen componentes individuales y sociales difíciles de separar. Los profesionales de salud tenemos responsabilidad en todos los aspectos, individuales y sociales, de las acciones médicas. Así, existe el desafío de la acción de los profesionales de salud por sistemas de salud democráticos que aseguren el acceso a atención de salud de calidad a toda la población, independientemente de la capacidad económica de las personas.

En esta tónica, los profesionales de salud de América Latina también tienen que enfrentar el desafío ético que imponen las desigualdades económicas y sociales existentes con el mundo industrializado. Algunos de estos desafíos son el trasplante automático de tecnologías aplicables en países desarrollados y las prácticas abusivas de comercialización de medicamentos por parte de las transnacionales farmacéuticas. En el área de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas, la dirección que imprimen los grandes consorcios en los países centrales responde más a las necesidades de los mercados que a las necesidades de la gente. La inexistencia de vacuna contra el neumococo o la malaria, y la falta de desarrollo de una vacuna más eficiente contra la tuberculosis son ejemplos de estas distorsiones éticas.

7. Implicancias para la educación médica

El propósito de esta presentación ha sido plantear algunos de los principales desafíos éticos que enfrentan las profesiones de la salud al fin del siglo XX. Es imperativo que los médicos y otros profesionales de salud que se estén entrenando actualmente y en el futuro tengan la capacidad de analizar y confrontar estos problemas con la misma habilidad que enfrentan los problemas clínicos de sus pacientes. Esto impone una responsabilidad mayúscula en la escuelas de medicina de la región, donde la poca ética que se enseña suele ser demasiado individualista y poco relacionada con los desafíos médicos y sociales actuales y futuros.

CAMBIOS EN LA PRACTICA MEDICA FRENTE A LAS TRANSFORMACIONES ECONOMICAS - POLITICAS Y SOCIALES QUE IMPACTAN EN EL SECTOR SALUD

*Dr. Rodolfo Héctor Rodríguez*¹

I. ELEMENTOS INDUCTORES DE CAMBIO

En general, el desarrollo de la práctica médica ha estado condicionado por aspectos tan diversos como la evolución del conocimiento y su relación recíproca con el avance de la tecnología o la extensión de cobertura financiera de la atención médica a nuevos trabajadores y su grupo familiar primario.

En uno u otro extremo el médico, sujeto histórico de sus propias decisiones profesionales y técnicas, ha visto recortada su capacidad de decidir y afectado su nivel de poder individual o corporativo.

La tecnologización creciente de los procesos y equipos requeridos para la atención médica, unida a las necesidades de inversión de capital para tener mayor posibilidad de acceso a una demanda segmentada por niveles adquisitivos, ha provocado un fenómeno de institucionalización de la práctica en la que el profesional aislado, con la única herramienta de su conocimiento, ha visto limitada su inserción laboral.

Su reaseguro tradicional (formación académica reconocida y capacitación continua en servicio), no alcanza en la actualidad para garantizar su efectiva incorporación y mantenimiento en el mercado de trabajo.

Desde el punto de vista formativo los clásicos modos de transmisión de habilidades y conocimientos, basadas en el aprendizaje individual, a la par del "maestro" y sobre el paciente, han dado paso a organizaciones curriculares estructuradas en forma de "residencias médicas", de limitado acceso, y orientadas a la formación de especialistas.

El desarrollo de las modernas tecnologías de comunicación multimedia, en los países más desarrollados, ha reemplazado en muchos casos la transmisión oral y física del conocimiento, transformando la educación para la práctica en un "espacio virtual" donde docente y paciente son actores que interpretan un libreto con final feliz.

La universalización, en algunos países de la región, del acceso a las instituciones formadoras, unido al aumento de la oferta de cupos públicos y privados, ha continuado impulsando la constitución de una plétora profesional, cuya capacitación de postgrado, en muchos casos, se ve restringida

¹Coordinador Centro de Estudios en Recursos Humanos del Consejo de Médicos de Córdoba, Argentina. C.E.R.S.A.

(restricción de segunda fase) a la escasa posibilidad de acceder a una residencia médica, una pasantía o agregación a un servicio determinado.²

Nuevas formas de inducción de la conducta prescriptiva, indicador de la orientación del proceso de la atención médica, se han hecho palpables:

_ Los grandes laboratorios de productos medicinales que orientan la prescripción de drogas a través de los agentes de propaganda médica.

_ Los productores de insumos tecnológicos diagnósticos o terapéuticos que incluyen en el precio de la venta cursos de capacitación rápida sobre su uso indicando la cantidad de estudios necesarios para financiar el costo del equipo y la rentabilidad que produce para el utilizador.

_ La "contratación" de profesionales renombrados (¿investigadores?) que producen documentos seudocientíficos para inducir conductas prestacionales.

_ La renovada producción de revistas de divulgación científica, de distribución domiciliar gratuita, que publican estudios epidemiológicos de dudosa veracidad convenciendo a profesionales y aún a pacientes sobre las supuestas bondades de una determinada práctica.

_ Las teleconferencias que permiten la discusión, en tiempo real, sobre diversos problemas médicos y que por su costo suelen ser financiadas por grandes empresas de insumos médicos con fines publicitarios.

Si las anteriores aparecen como formas inductoras de comportamientos profesionales vinculadas al campo de la difusión científica del conocimiento, el desarrollo en unos casos, o la extensión en otros, de formas colectivas de financiamiento de la atención médica que, a través de valores indicativos, contratos de riesgo y exclusiones o limitaciones de prácticas, suelen impactar más determinadamente en la conducta prestacional.

Las normatizaciones de procedimientos, que avaladas por un criterio científico, cuando menos cuestionable en algunos casos, fuerzan a una determinada secuencia de procesos diagnósticos o terapéuticos, habitualmente por aposición de tecnologías, que unidos a los criterios de competencia e institucionalización de la atención médica, tienden a excluir de la oferta prestadora a aquellos grupos profesionales que no dispongan de acceso a los requerimientos que implican el cumplimiento de las normas.

El riesgo siempre latente de la mala praxis que obliga a los profesionales a una "exageración" en la cobertura diagnóstica y a una "reticencia" en la oferta terapéutica.

La aparición de las diversas tecnologías informáticas de "second opinion", que permiten validar el diagnóstico por confrontación de conductas entre diversas entidades y especialistas de primer nivel, que asociadas al tema de mala praxis, fuerzan determinadas conductas prestacionales cada vez más alejadas de la decisión individual del profesional.

²Rodríguez, R et al. Evolución y Tendencias de la Matriculación Médica en la Provincia de Córdoba. CERSA, Consejo de Médicos, Córdoba, 1994 (en impresión). Las restricciones de primera fase son aquellas que limitan acceso a la formación terciaria, las de tercera fase son las ligadas a los nuevos condicionamientos del mercado de trabajo profesional (nota de autor).

Si los anteriores son algunos ejemplos destacables de factores inductores de cambio en la práctica médica, no son los únicos. También se inducen, pero en este caso positivamente, las conductas prescriptivas por el mejor y más fácil acceso a la información científica y técnica, por las posibilidades que la revolución comunicacional produce reduciendo el aislamiento profesional, por la simplificación de procesos y tecnologías que facilitan el diagnóstico y el control de patologías crónicas y finalmente por los primeros impactos que los programas de calidad y eficiencia están consiguiendo a nivel de los servicios.

También son positivos los esfuerzos de numerosas escuelas de medicina que, alertadas sobre los problemas que estamos identificando, han iniciado interesantes movimientos transformadores, principalmente a través de vinculaciones directas con los sistemas locales de salud, iniciando un proceso interactivo que redundará en un enriquecimiento mutuo desde la práctica frente a necesidades y problemas.

Estos y otros condicionantes de la práctica médica que resultan inductores informales de la conducta asistencial del profesional alientan, a nuestro juicio, una creciente dicotomía entre la teoría, adquirida en el proceso formal de formación y la práctica efectivamente realizada.

El presente documento intenta una aproximación al entendimiento sobre como las transformaciones generales y sectoriales, que impactan sobre el sector salud, en nuestra región, inducen cambios en la práctica de la medicina y el modo en que esta práctica orienta las decisiones de la oferta formadora.

Nuestra hipótesis de trabajo es que más allá de la relación recíproca, de mutua influencia entre ambos polos, se estaría dando en la actualidad un fenómeno de disociación: mientras el desarrollo conceptual y la transmisión de la teoría del conocimiento continúa atrapada en el marco de un academicismo rígido y cientificista, la práctica de la profesión médica se orienta a partir de un conjunto de estructuras y relaciones de poder exógenas al proceso íntimo de la atención médica.

Es a la vez una relación diferenciada en los tiempos de desarrollo e impacto y en el peso relativo de sus componentes principales: mientras los cambios en la práctica se suceden dinámicamente y están liderados por los requerimientos de la economía, los de la educación son más lentos y responden a concepciones ideológicas.

I. LAS NUEVAS CONDICIONES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

El énfasis será puesto en las modificaciones producidas en la práctica de la medicina, no sólo a partir de los condicionantes intrínsecos al proceso de atención médica, sino particularmente a los efectos que las actuales políticas económicas, la reforma del Estado y las propias reformas sectoriales en marcha, están produciendo sobre las formas de contratación del trabajo médico, el desarrollo de nuevos escenarios de práctica, los conflictos profesionales y los cambios en el sistema de valores prevalente.

Los procesos de reforma sanitaria en la región aparecen bien como una respuesta a necesidades de extensión o mejoramiento de las condiciones de cobertura en países que han alcanzado un alto nivel de gasto en salud, como porcentaje de su producto interno bruto (reforma Clinton) o en países con bajo gasto y amplia cobertura legal (Brasil), o bien como producto de las transformaciones políticas y económicas neoliberales (apertura económica, equilibrio fiscal, privatización, eficientismo) en marcha (Argentina, Chile, Perú, Colombia, Nicaragua, etc.).

Ninguno de estos procesos ha resultado neutro en términos de impacto sobre la práctica profesional del médico. En algunos casos el primer efecto ha sido la disminución de los fondos del Estado que sostenían un modelo de asistencia pública y gratuita donde el ejercicio profesional se regía por las reglas del "mejor proceder científico y técnico" sin importar los costos (hospitales escuela).

Otro efecto importante ha devenido como consecuencia de la privatización de los sistemas de seguridad social médica (Chile) o de los fondos previsionales (Argentina, Chile, Perú, Colombia, etc.) que a su vez se reflejan en desregulaciones del sistema prestador o financiador de servicios. En este contexto las "condiciones de eficiencia" refieren concretamente a reducción de coberturas. En este último escenario la práctica médica se ve forzada a "racionalizarse" aún antes de establecerse criterios adecuados de equidad y calidad.

Es en el ámbito de estas reformas generales y sectoriales donde trataremos de analizar, más en profundidad, la aparición, fortalecimiento o debilitamiento de algunos factores que se revelan como inductores importantes de conductas en la práctica profesional.

Entendemos, en primer lugar, que se ha alterado la concatenación lógica entre el desarrollo conceptual y metodológico y las acciones derivadas de esta racionalización y entre el descubrimiento continuo que origina la propia práctica y el fortalecimiento de los conceptos emergentes a través del proceso de investigación.

En la nueva realidad teoría y práctica tienden a distanciarse aún más y la universidad ya no es el espacio privilegiado de confluencia natural de ambos fenómenos.

Visualizamos, en el escenario de cambios y transformaciones en desarrollo, diversos mecanismos, procesos, actores y fenómenos que influyen sobre el modo de ejercer la práctica médica.

Algunos de ellos, componentes naturales endógenos a la cultura y la profesión médica, parecen haber perdido importancia relativa en su capacidad de direccionar el ejercicio cotidiano y masivo de la medicina.

En su reemplazo, han cobrado importancia otros, frecuentemente extrasectoriales (¿exógenos?), que requieren ser tenidos en cuenta a la hora de analizar cambios en la profesión.

Finalmente existen otros factores que habiendo tenido gran importancia en el direccionamiento de la práctica médica, en sus componentes económico laborales (Chile, Argentina, Brasil, etc), están en procesos de transformación como consecuencia de las nuevas condiciones de la economía. Hablamos de la organización corporativa de la profesión, sea esta en su vertiente gremial, científica o deontológica.

Este último caso no respeta tal vez el esquema que estamos proponiendo toda vez que sus componentes esenciales son a la vez intrínsecos y extrínsecos al ejercicio mismo de la profesión. Sin embargo, dado su peso relativo en la determinación de ciertas elecciones (especialización) o conductas (aranceles mínimos "éticos"), los integraremos como endógenos en el cuadro siguiente.

Un esfuerzo por sistematizar algunos factores, a los que atribuimos capacidad condicionante de la práctica médica, pueden verse en el siguiente cuadro:

Cuadro 1

CONDICIONANTES DE LA PRACTICA MEDICA

Factores	NIVELES DE INFLUENCIA		
ENDOGENOS			
FORMACION	J		
RESIDENCIA			J
NORMAS		J	
CAPACITACION CONTINUA		J	
INFORMACION MEDICA GRAL.	J		
CORPORACION MEDICA		J	
EXOGENOS			
EMP.FARMAC.			J
TECNOLOGIA			J
MODELO DE COBERTURA		J	
MODELO DE FINANCIACION			J
MALA PRAXIS	J		

Como podemos apreciar en el cuadro anterior hemos tratado de sistematizar, **en nuestro contexto y según nuestra experiencia**, cuáles son y qué influencia representan, los factores que inciden más directamente en la conducta asumida por el profesional médico a la hora de decidir "**un camino o procedimiento diagnóstico o terapéutico**". La ubicación y cantidad de símbolos indican cuán influyentes en la conducta médica son los condicionantes considerados.

Dentro de los condicionantes **endógenos** de la práctica médica debemos tomar en cuenta los aspectos curriculares que representan un determinado modo de ver los contenidos de la ciencia y práctica profesional desde una concepción básicamente bipolar: **por un lado** la transmisión de conocimientos, prácticas y habilidades que se reconocen mínimamente necesarias para configurar

una identificación profesional y **por el otro** los procesos lógico-formales y didácticos que "facilitan" la aprehensión y comprensión de esos recursos.

En este contexto el cambio que se percibe como de mayor trascendencia no es en el **qué** se enseña sino en el **quién, cómo y para qué?**.

Efectivamente, la crisis del Estado benefactor y la consiguiente quiebra de los mecanismos redistribuidores de acceso a los recursos del desarrollo humano (salud, educación, vivienda, etc) se expresa, en nuestra área de análisis, en bajos presupuestos para sostener la gratuidad de la enseñanza y el acceso universal al conocimiento. El Estado hace como si pagara y el personal de salud hace como si trabajara.

El aumento de las horas laborales profesionales requeridas para mantener el ingreso económico que se espera de la profesión médica, luego de años de acumulación de experiencia y reconocimiento social, ha limitado la disponibilidad de tiempo para la docencia académica, caracterizada por bajos salarios y pérdida de imagen pública.

La masificación y despersonalización de la atención médica, inducida por los nuevos mecanismos de financiación y cobertura asistencial, unido -en algunos países de la región- a una **sobreoferta de servicios**, en los que la responsabilidad individual queda subsumida en el marco de una protección institucional y tecnológica, ha aumentado la competencia interprofesional "igualando" posibilidades de desempeño en el mercado de trabajo independientemente de los méritos académicos del profesional.

Este cuadro de realidad se expresa en dos pérdidas evidenciables: la de horas de dedicación a la cátedra y la de docentes adecuadamente capacitados. Hoy enseña **quien puede** y no **quien quiere** y la creciente demanda a disminuido las opciones.

Por otra parte se enseña lo "que se sabe" y se demanda el conocimiento "que se debe" tener. El enseñar en "los" servicios vinculados a unidades docentes, aparece hoy como uno de los intersticios por los cuales la práctica cotidiana comienza a filtrarse en la fortaleza académica. Los resultados de la pugna entre "actuar así y actuar como si" aparecen, desde este punto de vista, como el primer peldaño de la larga escalera que lleva a la esquizofrenia de la práctica médica.

Dicho de otra forma, el reciente egresado ha recibido un discurso divorciado de la acción o una acción divorciada de la realidad del mercado de trabajo en el que aspira a insertarse. Por otra parte la exigencia de conocimientos irrelevantes le ha demandado pagar un **alto costo de oportunidad** (pérdida personal) y a los servicios le ha restado personal con capacidad resolutive.

El producto que se obtiene de nuestras escuelas de medicina no parece ser diferente, en materia de conocimiento, del nivel promedio que requiere el sistema de respuestas asistenciales paliativas y diletantes que ha estructurado el modelo financiador de asistencia a la enfermedad.³

Docentes con bajo nivel de compromiso y más ocupados en su subsistencia como profesionales pauperizados, que en la calidad de la enseñanza que ofrecen, configuran una emergente realidad que debe ser tenida en cuenta a la hora de analizar la problemática de la educación médica

³ Rodríguez, R. et al. Evaluación del conocimiento y lógica de resolución de problemas en recientes egresados de universidades cordobesas. CERSA, Consejo de Médicos de la Pcia. de Córdoba. Trabajo en desarrollo.

Ya en el ejercicio de la práctica profesional aparecen otros condicionantes que deben ser analizados en profundidad.

El Estado, "**que ahora ni puede ni quiere**"⁴ asumir ciertas responsabilidades básicas en salud (al menos en países con reformas neoliberales en ejecución), o bien persiste en la función reguladora - a través de normas obsoletas o incompatibles con el modelo asistencial preponderante- o directamente se autoexcluye de la función normativo-preventiva, dejando a los individuos solo el derecho a reclamar de la justicia por **las consecuencias** de la práctica médica (mala praxis).

Esta, en su componente penal ha significado, en algunos países, un nuevo recurso en defensa de los intereses del usuario. En su vertiente económico/reparativa ha devenido un negocio de las aseguradoras y los abogados . En realidad, si se evita el castigo penal, cometer mala praxis no es tan grave si el profesional está corporativamente protegido y adecuadamente asegurado en términos económicos.

En un contexto de bajo nivel formativo de pregrado y ante la amenaza de penalidades por mala praxis "**concentrar el conocimiento**" tiene excelentes ventajas comparativas. Más aún si el reconocimiento social y económico de "especializarse" asegura un posible nicho en el cada vez más saturado mercado de trabajo sectorial. Menor "responsabilidad profesional" vs "mayor conocimiento técnico" son reaseguros de empleo con bajo riesgo.

Una buena respuesta para estas nuevas exigencias del mercado parecen ser las residencias médicas, o programas equivalentes, que aseguran una adquisición de conocimientos y habilidades rápida, especializada y con posible salida laboral.

Otro aspecto a considerar es el de la capacitación de postgrado en sus diversas variantes (en servicio, por cursos sucesivos, a nivel de master universitario, a distancia, etc). No hay duda que la moderna tecnología comunicacional y las necesidades que impone un mercado de trabajo restricto, unido a las exigencias regulatorias que muchas veces se originan en la propia corporación profesional, se han reflejado en un aumento importante de la "oferta formadora de postgraduación".

Esta oferta, que anteriormente estaba ligada a necesidades académico - formales (mejora de curriculum para concursos), en la actualidad aparece como más pragmática y está ligada a los requerimientos emergentes del mercado de servicios y muy particularmente a aquellas especialidades o actividades mejor remuneradas en la práctica privada o en la vinculada a la financiación por grupos de cobertura de la seguridad social o de prepagas privadas.

Este tipo de adquisición de conocimientos y habilidades tiene un real impacto en los modos del ejercicio profesional individual. Como hemos observado en diversos contextos, las tendencias y expectativas de capacitación postgrado están vinculadas a las especialidades que usan más tecnología o hacia aquellas más procuradas en el mercado de trabajo (anestesiología, medicina laboral, etc).

Sin embargo formación, regulación, capacitación en residencias médicas o a través de otros procesos que catalogamos como **intrínsecos** a la estructuración de un determinado modelo de

⁴ Rovere M., Reunión de Escuelas de Salud Pública del Area Andina, Quito, Ecuador, 1993.

práctica profesional, no tienen tanta relevancia como otros, **extrínsecos** que analizaremos a continuación.

La crisis financiera de los sistemas de seguridad social médica, producto por una parte del aumento en los niveles de desempleo y de la informalidad en el mercado de trabajo, y por otra de la pérdida adquisitiva del salario medio y del crónico endeudamiento del Estado en su carácter de empleador, ha tenido profundas repercusiones en el trabajo profesional dependiente de la seguridad social.

Esto no es poca cosa si pensamos que en los países del cono sur, por ejemplo, un 60% en promedio de la población demandante de servicios, financia su cobertura asistencial por intermedio de alguna forma solidaria dentro de la filosofía de la Seguridad Social.⁵

Si bien en otras regiones este impacto suele ser menor, dada la baja cobertura de los seguros nacionales, la problemática resultante no es menor dado el peso relativo de la cobertura pública estatal, en un momento donde la crisis de las finanzas públicas afecta sensiblemente este segmento del mercado de trabajo profesional.

En algunos países de la región, mientras subsistieron los mecanismos directos e indirectos de subsidio público a la seguridad social, la clase profesional tendió a organizarse monopsómicamente, a través de entidades intermedias (gremios profesionales) que, defendiendo los principios liberales de libre ejercicio, libre elección, universalidad de acceso al mercado de trabajo y remuneración por acto profesional puro, consolidaron una estructura de poder médico que demandó, acompañando el fenómeno de los costos crecientes en salud, nuevos aportes y contribuciones para sostener la expansión de la oferta privada de servicios y en algunos países para financiar la infraestructura y la tecnologización acrílica de esa oferta.

Las tensiones desatadas por imperio de la necesidad de mejorar el equilibrio fiscal primero y el superavit después se reflejó en el abandono de las políticas subsidadoras de la oferta, lo que unido a la crisis económica y financiera limitó las posibilidades del gasto por parte de las entidades financiadoras de la seguridad social.⁶

La competencia desatada en el seno de la oferta, sobreexpandida, se expresó en criterios individualistas (sálvese quien pueda) quebrando el monopsomio gremial y llevando a las otrora poderosas instituciones profesionales a la ruptura con los principios liberales y la lucha por la subsistencia institucional.

De esta forma, la capacidad normatizadora formal o inducida del modelo de respuesta profesional a las necesidades de atención médica, se vió profundamente afectada particularmente por la extensión de los modos capitados de contratación de servicios que trasladan el riesgo económico desde la seguridad social al grupo prestador.

Las consecuencias fueron previsibles: concentración de la oferta en escasos prestadores, desaparición de la intermediación, cambio de los criterios prescriptivos para contener el gasto, cierre del

⁵Mesa - Lago, C. Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe, con focalización en el Seguro Social. IDE, Banco Mundial, N° 42, 1989.

⁶Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. OUP, Washington DC, 1993.

acceso al primer nivel de atención (inductor primario del consumo), institucionalización de la atención y competencia entre grupos privados intra o extrasectoriales.

La práctica médica, en este nuevo contexto, difiere sensiblemente de la anterior: Donde antes era conveniente sobreprestar servicios ahora es necesario limitarlos; donde predominaba el "criterio médico científico" ahora influyen las posibilidades económicas, donde se privilegiaba el "trabajo manual e intelectual" ahora predomina la necesidad de equilibrar costos institucionales y tecnológicos.

La lucha por apropiarse de mayores porciones de una torta escasa se ha desatado a través de medios ilimitados y con consecuencias imprevisibles. Si en la década del 80 el trabajo profesional obtenía hasta el 60% del gasto de la seguridad social en Argentina, ahora presupone un 35%.

Esta merma se logró a expensas del crecimiento del denominado gasto sanatorial y tecnológico y de los medicamentos⁷.

Los mecanismos para producir tamaña transformación han sido varios, pero entre ellos se destacan a) la institucionalización de los convenios de trabajo y b) las nuevas formas de inducción de prescripción medicamentosa por parte de los laboratorios de especialidades medicinales.

El primer caso es una consecuencia lógica de la desestructuración del poder de las entidades gremiales profesionales que, anteriormente, contrataban la atención integral y subcontrataban la internación sanatorial. Ahora contratan los sanatorios y luego de deducir gastos y ganancias, distribuyen el sobrante entre la fuerza de trabajo.

El segundo caso, verificable en Argentina y otros países a través del aumento en el porcentaje del gasto de los laboratorios en el rubro propaganda y promoción, se ha expresado en dos hechos de fácil verificación: el aumento del precio de los medicamentos producto de la "desregulación del mercado" y el aumento neto de las formas farmacéuticas ofrecidas, así como del número de prescripciones por receta médica.

Este paradójico caso de "reducción voluntaria de remuneración a expensas de otro componente sectorial" no sólo tiene repercusiones económicas globales; atenta también contra la calidad de la atención médica (iatrogenia medicamentosa, inhibiciones cruzadas de drogas, encubrimiento de patologías, etc).

Los modelos de financiación, basados en criterios modulares (tipo DRG o similares) si por una parte buscan racionalizar los costos de producción de los servicios también se los supone técnicamente desarrollados para asegurar una correcta prestación, al menos desde el punto de vista recuperativo.

Sin embargo, cuando de lo que se trata es básicamente disminuir el gasto en atención médica, y de acuerdo a cómo se los utilice, pueden ser altamente expulsivos y limitar francamente el acceso a procedimientos diagnósticos y terapéuticos realmente necesarios para ofrecer una correcta atención.

⁷Un estudio realizado por una consultora privada (Excelsa S.R.L), en la obra social IPAM (Córdoba, Argentina) que cubre casi 600000 beneficiarios, demostró que el medicamento insume casi el 29% del gasto. Dicho porcentaje no alcanzaba a 18 puntos una década atrás.(Nota de autor).

De hecho, en la práctica, la ausencia de controles, evaluación y auditoría médica, por parte de las instituciones financiadoras, pareciera denotar un interés burocrático, esencialmente formal, en asegurar coberturas "legales" más que "reales".

La práctica profesional en este contexto, se aleja cada vez más de los patrones de conducta que se infiere, tanto ética como técnicamente, deberían producirse como resultado de los criterios académicos y curriculares de la formación médica.

La extensión de la jornada laboral, los cambiantes marcos del ejercicio profesional según cuál sea el modelo de servicios o la institución contratante, la diversidad de normas y procedimientos burocráticos que regulan el accionar profesional, la esquizofrenizante diferencia entre saber y hacer, la acuciante competencia y la pauperización sectorial se agregan a la pérdida de reconocimiento social particularmente para aquellos que ejercen como generalistas.

En este último caso debe a su vez distinguirse la dramática situación en que se encuentran en algunos países los generalistas del sector público de servicios frente al auge de los generalistas privados allí donde las condiciones de mercado imponen esta demanda.

Mientras tan importantes transformaciones se dan en el campo de la práctica profesional, la educación médica, tanto en el pre como en el postgrado manifiesta un cierto grado de rigidez, tanto conceptual como estructural, persistiendo en una formación enciclopedista, teórica y hasta cierto punto abstraída de la realidad del ejercicio profesional.

A su vez la tensión que la demanda de nuevos niveles y calidades de formación y adquisición de conocimientos produce en el sistema, se expresa en respuestas "facilistas" a las exigencias de mercado. Un claro ejemplo de esta nueva característica es la creciente y acrítica oferta de cursos de administración y gerencia de servicios de salud, a nivel de master, que se viene dando en la región⁸.

La incorporación del Hospital Escuela Público a la oferta de servicios de comportamiento privado (necesidad de lucro), como consecuencia de la crisis financiera del Estado benefactor, ha trasladado al seno mismo de la Universidad las condiciones del ejercicio profesional que venimos de describir.

El choque generacional entre los "viejos procedimientos y paradigmas de la práctica" y los nuevos requerimientos adaptativos a las condiciones del "mercado de servicios de salud" comienza a expresarse, primariamente, en términos de poder institucional.

Las organizaciones intermedias profesionales han iniciado un lento pero inexorable camino de sindicalización (demandas por salarios, condiciones de trabajo, beneficios previsionales, etc), en tanto que las ligadas al desarrollo científico y técnico de la profesión sólo subsisten en tanto incorporan a sus actividades aspectos cada vez más ligados al desarrollo tecnológico.

Sin embargo se avizoran **nuevas tendencias**, basadas en problemas complejos, que pueden indicar un punto de inflexión en el proceso de cambio del ejercicio profesional.

⁸Ver como ejemplo: Catalogo anual de Instituciones y Programas de Salud Pública, Administración de Servicios y Programas Relacionados. OPS/OMS, Bs.As. N° 37 1993.

La primera, es producto, paradójicamente, de las propias condiciones que genera la mercantilización de la atención médica y está, básicamente ligada, a los nuevos requerimientos de eficiencia y calidad.

De hecho las reformas sectoriales en marcha o las que recomiendan agencias financieras internacionales⁹ ponen el énfasis en la cuestión de management de recursos como un mecanismo racionalizador de la oferta de servicios en un contexto de crecientes limitantes económicas y aumento de la demanda básica en salud.

En tanto se entienda por eficiencia la más racional utilización de recursos y procedimientos para obtener iguales o mayores resultados con menor costo, su exigencia por parte de un sistema financiador que ha alcanzado su horizonte posible, obligará a la revisión de los modelos de práctica priorizando aquellas acciones de mayor impacto en términos resolutivos que signifiquen economía de procedimientos y tecnoburocracia asistencial.

De esta necesidad saldrán favorecidas las acciones de promoción y prevención en salud tantas veces declamadas como tan poco ejercidas. La competencia, a igualdad de precios, estimulará el desarrollo de nuevos y mejores controles de calidad, tanto de procesos como de productos. Esto involucra a la propia formación y capacitación de recursos humanos.

Una segunda tendencia aparece por la complejidad de los procedimientos de intervención incluyendo particularmente los ligados a la manipulación genética (proyecto genoma humano) están obligando a la revisión y valoración de los principios éticos en los que se asienta la práctica de la medicina.

El aspecto de la responsabilidad médica e institucional adquiere, a la luz de las modernas tecnologías y los nuevos conocimientos, una importancia creciente en los modos del ejercicio profesional. La extensión de la responsabilidad civil y penal frente a los emergentes de las acciones médicas, es indudablemente uno de los impulsos esenciales de los cambios en desarrollo.

La creciente importancia de la ecología y la capacidad de movilización social que han demostrado los grupos más progresistas en defensa de un ambiente sano, así como el creciente reconocimiento de responsabilidad transgeneracional con respecto a la utilización del ambiente y los recursos naturales, influirá decididamente en los nuevos campos de acción de la práctica médica para la salud.

La educación médica en su conjunto, y la universidad como ámbito privilegiado de generación y confrontación de conocimientos, no podrán permanecer impasibles ante la potencia movilizadora de estos nuevos emergentes sociales y políticos. De la mano de la práctica, más proclive al cambio y a la adaptación, se verá forzada a un replanteo conceptual y metodológico de profundas consecuencias innovadoras.

Desde el punto de vista de la organización social de la práctica médica, las discusiones del grupo Latinoamericano y del Caribe, previas a la Conferencia de Edimburgo, permitieron destacar tres ámbitos o grupos de relaciones donde se darán los escenarios de cambio: 1) **las relaciones de trabajo**, que se caracterizan fundamentalmente por un mayor grado de institucionalización de la práctica; 2) **las relaciones de producción**, que tienen que ver con la indiscriminada incorporación

⁹ World Development Report. World Bank, 1993 (opus cit)

tecnológica y 3) **las relaciones de servicio**, en el que el elemento más destacado es la segmentación social.¹⁰

En estos tres grupos de relaciones, la influencia de los procesos de reforma global y sectorial, están impactando de forma diversa.

Las transformaciones que deberán darse en el proceso educación-servicios; los efectos de las políticas de ajuste y la reforma sectorial, estarán definitivamente influenciadas, por una parte, por los acontecimientos que se produzcan al interior de estos tres procesos de relaciones y por la otra al impacto de las nuevas demandas sociales y de mercado producto de limitantes económicas y generación de nuevos conocimientos.

El desafío consiste, a la vez, en evitar -por un lado- que la práctica médica sea cada vez más un referente apenas de las decisiones (mercado-dependientes) que se adoptan en espacios de poder extrasectoriales interesados en alentar "la guerra contra la enfermedad" y en propiciar -por otro- cambios en esa práctica que dando relevancia a la promoción de salud coadyuven a reorientar la educación médica hacia la identificación de necesidades y la resolución de problemas.

Esta importante reunión puede iniciar este difícil camino. Estoy seguro que el andar nos encontrará juntos.

¹⁰Ferreira J.R. Los cambios en la práctica médica y su influencia en la Educación. ETHICA, Año II, N° 9, Diciembre de 1993.

UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD

Carlos Vidal Layseca

En primer lugar, quiero agradecer la invitación a participar de esta reunión porque considero que tiene mucha significación el habernos encomendado un tema.

Me han encargado que me ocupe en esta magna conferencia de un tema que es crucial: la universidad y la sociedad como telón de fondo de las otras dos propuestas.

No sé si servirá de telón de fondo y si, por lo menos, tiene alguna relación con los temas mencionados, pero voy a tratar de cumplir el encargo.

Acepté porque creo que discutir sobre la universidad como un todo y de sus facultades de medicina, tema fundamental de esta conferencia -un debate orientado a la búsqueda de la calidad total, según el documento base-, es siempre un reto y una preocupación que permanentemente estará y está presente en mi mente porque una de las metas que tengo como rector de una universidad es llegar, por lo menos, a una universidad diferente en el siglo XXI, con sus particularidades y posible escenario de acción.

Me ocuparé sucesivamente de los siguientes subtemas: primero, la universidad en los albores del siglo XXI; segundo, la universidad ante el escenario actual; tercero, la viabilidad actual de la universidad.

La universidad en los albores del siglo XXI

Estamos a escasos cinco años del nuevo siglo. El siglo XXI se nos presenta entre un siglo de promesas edificantes y de augurios tenebrosos. Pero no será, por lo tanto, ni apocalipsis ni una época de renacimiento cultural científico y político. Ahí está y más o menos sabemos lo que nos espera: cambios sustanciales en los patrones de atención de la salud, clientes colectivos versus clientes individuales, organizaciones intermediarias entre estos clientes y los profesionales de la salud, dependencia de estos profesionales de las antes mencionadas organizaciones a tal extremo reguladoras, según ellas en beneficio de la mayoría. Al futuro profesional médico, en este caso, la única libertad que le quedaría es aquella de seguir perteneciendo a dicho organismo o salirse. No va a manejar más su indiscutible poder médico, poder de conocimiento, de tratamiento, pronóstico, etc. Ahora sí, con una clara necesidad de corporativismo, pero no sabemos si podrá ejercerlo.

En fin, de aceptarse lo anterior, sin reacción desde la universidad, podemos decir que se logrará plenamente la evaluación de la calidad total desde afuera; con patrones predeterminados basados en el logro de una ganancia económica mayor, que permita ampliar la cobertura de los servicios según lo que dicen, para los más necesitados.

La onda de la dependencia del mercado en los próximos cinco años perdurará seguramente mejor tratada teórica y prácticamente, pero continuará sin respuestas, sin alternativas, ni de los partidos políticos ni menos aún de la gran mayoría de universidades.

Las universidades deben presentar un conjunto coherente de alternativas hagan realidad el nuevo contrato social, tema principal en el documento de Edimburgo II. ¿Pero a qué universidad le

interesa, francamente, abiertamente, relacionarse con la sociedad en que está inmersa y de la que es dependiente, si está tan llena de problemas propios que ni tiempo tiene de pensar en los demás?

La o las carencias económicas a que ha llevado el sistema actual a la universidad la obnubilan y empieza la lucha por diferenciar entre la universidad empresa y la estrategia productiva basada en las relaciones entre la universidad y la empresa.

Mas, ¿es posible debatirnos ante estos postulados no bien definidos o volveremos a ese intenso y casi orgiástico juego puramente cerebral que nos caracterizó por años?

Por otro lado, al fin se está logrando la autonomía universitaria por la que tanto luchábamos. Ahora no dependemos del papá Estado ni siquiera económicamente.

¿Quién logró el éxito? ¿Las universidades o el papá Estado? No es difícil llegar a una conclusión que nos produce profundo malestar, porque nosotros mismos estamos liberando al Estado de su obligación: el reparto de la riqueza -mucha o poca, no interesa-, logrado por los impuestos que debería estar eufemísticamente destinado a que el Estado apoyase a la salud, la educación, la creación de fuentes de trabajo, a erradicar la pobreza y a la defensa nacional. Esto último sí se está logrando.

De seguir así, ahora y para el futuro siglo XXI, la universidad será una empresa educativa más, profesionalizante fundamentalmente, con carreras cortas de apoyo "a la productividad".

Quiero poner un ejemplo muy local, quizás, pero ustedes podrán generalizarlo. Una revista semanal de mi país, que se dedica a temas de política y a otras noticias más o menos serias, dice en una comunicación que nos envió el rectorado que está preparando un suplemento especial sobre la situación universitaria peruana, las diversas posiciones planteadas por rectores, maestros y alumnos, en torno a un tema tan complejo en el que el consenso es imprescindible. Uno de los puntos de actualidad es la creación de nuevas universidades. Ya existen 56 en mi país -28 públicas y 28 privadas-, y existen 35 proyectos más para crear nuevas universidades, casi en su totalidad privadas.

Señala la revista que "se plantea el tema de quién y cómo se supervisa la educación superior en el país, en un sistema de libre competencia y mercado". Agrega: "Otro aspecto de interés es la oferta de carreras, pues el antiguo debate acerca de si la universidad contribuye al desarrollo nacional está implícito en este punto, pues en las diez principales carreras demandadas por los estudiantes, siete no están vinculadas con las actividades productivas" -los filósofos, los médicos-. "Con formas de pensar como lo anterior, probablemente la medicina es una carrera no productiva".

¿Es así? ¿No producimos salud? No quiero caer en la eterna discusión de la medicalización pasadista, que una cosa es la salud y la otra la medicina. ¡Cuánto daño están produciendo sujetos insensatos que se prenden de estas afirmaciones para querer terminar o, por lo menos, disminuir las profesiones de la salud diciendo que no son productivas, que es preferible un buen administrador, un buen computólogo, un experto en marketig, un financista, que nos arregle el problema de la salud de nuestros pueblos mediante fórmulas mágicas, orientadas a beneficiar ese postulado aún esotérico en nuestro pueblo, que se conoce como el mercado de la salud!

Pero además de lo anterior, la universidad debe tener muy presente y con la mayor claridad, que desde el punto de vista de la salud, como dice un destacado compañero nuestro, una serie de saldos rojos nos quedan por saldar antes o en los albores del siglo XXI. La inequidad, la inseguridad social y la utopía de conseguir la equidad y solidaridad en democracia.

En relación a la inequidad nos referimos a la inequidad en concreto y no en abstracto, a la desigualdad innecesaria, injusta y evitable. La inseguridad social desde los conceptos clásicos de seguridad social como institución, mejor entendidos creo yo como seguros sociales, cada vez ofrece menos, menos salud, menos prestaciones económicas, y que cada vez cuesta más. Un seguro privativo donde sólo se acojan los que trabajan en condiciones adecuadas -los menos-, y que lo pierden cuando pierden el trabajo -los más-, a lo que se agregan las diferentes formas de seudoguerras internas, el desempleo y la violencia.

En relación con la utopía de creer que se puede lograr la equidad y la solidaridad en democracia, estamos fuertemente convencidos que no es utopía, y que la democracia es la única forma de gobierno que está de acuerdo con la persona humana.

Esta es la situación de la universidad y su entorno en la antesala del siglo XXI. ¿Qué hacer?

La universidad ante el escenario actual.

La universidad está en un escenario que hace diez años era impredecible. Aquí nos preguntamos ¿Se puede predecir escenarios, realmente? ¿Qué nos pasó?

El escenario que estamos viviendo, ¿lo podíamos predecir? Estoy convencido que ni aun los que querían que desapareciera el socialismo, la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y los países de su entorno pensaban que ese día llegaría en la forma que llegó. El fin de la guerra fría entre dos potencias antagónicas ahora ha dejado a los Estados Unidos de Norteamérica como hegemónicos en el mundo. ¿Qué nos pasó?

Y cuando repito, casi como letanía ¿Qué nos pasó?, es porque no tengo respuestas. Porque los vanguardistas, "los estratégicos", no pudieron pensar en este escenario que altera toda la vida universitaria, la formación de profesionales y aleja cada vez más a la universidad como centro de investigación, salvo aquella destinada a la productividad, como ágora de crítica y de autocritica, como inteligencia creadora de apoyo a la solución de los problemas del país, y no solamente de sus propios problemas económico financieros.

Pero este problema no es universitario, únicamente. No sólo es un fracaso, sino el fracaso de una manera de pensar y de entender este mundo, este país, esta universidad. Llaman a todo esto la crisis de los paradigmas.

Ahora que parece que estamos en una seudo estabilidad, podemos definir escenarios más o menos creíbles, pero con lo que sucedió, ¿es válido seguir pensando en escenarios variables? Me van a contestar que sí, porque ese es el objetivo fundamental del planeamiento estratégico. ¿Pero por qué no se pensó ni en forma de alternativa no risible el escenario actual? Porque en lugar de pensar solamente en qué enseñar o qué investigar, deberíamos haber estado haciendo y pensando en los cambios que se daban y no los veíamos.

Y ¡cuidado!, porque aparecen los neoprofetos de un nuevo futuro, los neolíderes que han nacido frente a los planteamientos liberales y manejan como herramienta fundamental ese planeamiento estratégico, el marketing, las leyes de mercado libre, el intercambio internacional, etc. Ya se han planteado un conjunto de metas para el mediano y largo plazo -treinta años en mi país, por lo menos-, para el 2021.

Aquí vuelvo otra vez a un ejemplo local. Se trata en este caso de un conjunto de jóvenes y exitosos empresarios; todos menores que los decanos y rectores universitarios aquí presentes, que han conformado un grupo, casi una hermandad. En una especie de diario plantean frases como estas: "Este grupo debe generar una masa crítica de un millar de empresarios que plasmen la visión de un Perú desarrollado, que haga de cada peruano un hombre renovado. No se trata de un programa político ni económico sino algo más esencial y profundo. En tal sentido, cada empresario sea la base de un esfuerzo integral de reingeniería nacional".

Entre algunas de sus metas para el 2021 -voy a señalar sólo la más importante para nosotros-, dice lo siguiente: "¿Cómo va a ser la educación en el 2021 en el Perú? No va a existir más analfabetismo -tenemos en este momento casi 40%-; todos tienen educación básica; existe un balance entre los que aspiran a títulos universitarios y los que quieren carreras técnicas; toda la educación es privada en escuelas y universidades. La empresa y el Estado sostienen una alta investigación tecnológica y científica que ya ha producido varios premios Nobel. ¿Y la sociedad del año 2021, cómo va a ser? La sociedad actual, esto es la ley; los servicios de jubilación, salud y alimentación funcionan perfectamente en manos privadas; es una sociedad fuerte y alegre." Y terminan diciendo: "Después de leer este documento alguien podría decir que enseñar no cuesta nada. Esto equivaldría a no contar con el poder sobrehumano del líder, de la voluntad y del conocimiento. Apostamos que en veinticinco años vivir en el Perú va a ser un placer".

¿Por qué ellos pueden lograr estas metas en una sociedad feliz, equitativa y solidaria, educada, con salud y trabajo, metas que eran las antiguas -me suena como eso-, pero ahora logradas por el esfuerzo total de lo privado sobre lo estatal? Estos planteamientos resultan fundamentalmente peligrosos porque atentan contra los valores de quienes, como la universidad, se definen por una vida mejor, con equidad, ciudadanía y calidad total, etcétera.

A pesar de todo, inclusive acepto que me expropian la utopía, si con estas metas todos nuestros hijos y nietos serán felices y alegres.

Pero sí quiero llamar la atención de que no exageremos en nuestros planteamientos estratégicos o futuristas, porque con un exceso de optimismo presentemos un escenario científicamente elaborado que no difiera de este conjunto simplón de buenas intenciones empresariales; que se transforme nuevamente en promesas incumplidas al estilo de "Salud para todos en el año 2000".

Aquí otra vez pongo sobre el tapete que considero que la universidad -aun mi propia universidad- no tiene un proyecto, que debería tenerlo por su posición política y que tendría que tenerlo por su misión social.

Viabilidad actual de la universidad.

¿La casi inamovible institución, la conservadora institución hacia adentro y aguerrida, luchadora de vanguardia hacia afuera, es viable? ¿Hoy sigue siéndolo? Ante lo que se presenta como casi imposible de cambiar planteamientos económicos liberales que dirigen los países del mundo en su casi totalidad ¿cómo reacciona la universidad?

La universidad de mi país, por lo menos, responde con una gran preocupación, pero sin definir alternativas.

¿Cómo podemos mantener los principios básicos de la universidad sin parametrarnos con el mercado? Esta palabra -parametrarnos-, es nueva que tiene un significado muy especial. Mejor

dicho, sí responden, pero mediante soluciones coyunturales y volcadas a buscar una financiación que les permita sobrevivir sin el apoyo del Estado.

¿Qué otra cosa desea el Estado sino liberarse económicamente de las universidades, para dejar paso a los promotores de las universidades que orienten el desarrollo universitario exclusivamente a facilitar la productividad? Sus propuestas coinciden plenamente con las del sistema económico político en boga.

Por lo tanto, ¿resulta una utopía la universidad que todos queremos, por la que hemos luchado para modificarla, para hacerla más participativa de los problemas de la sociedad en ese nuevo contrato social, cuyos profesores se quieran introducir en los problemas reales; en fin, la universidad que es guía, que es creadora, que educa, que busca el desarrollo socioeconómico del país? No lo puedo aceptar, y creo que tampoco ustedes. La factibilidad de una universidad como la que soñamos no es una utopía. Debemos hacerla realidad.

Pero quiero señalar que no estoy en contra de lo anterior. Pero no puede ser lo único que desarrolle la universidad. Tiene otros objetivos superiores: la educación, la investigación y el apoyo al desarrollo social y la productividad debe constituir solamente una estrategia de financiamiento.

De ahora en adelante mi presentación va estar basada en preguntas, que yo me las he hecho y espero que ustedes también se las hagan.

Tengo recetas, pero ustedes constituyen un auditorio que puede elaborar las mejores respuestas orientadas a lograr un consenso. No buscamos la discrepancia sino el consenso. Y la mejor manera es hacer algunas preguntas.

Como el tiempo nos gana, quiero enfatizar en aquellas que son las más trascendentales para la universidad y su relación con el sistema de servicio de salud.

Empecemos con las preguntas.

¿La universidad piensa solidariamente con las necesidades de su pueblo? ¿Puede ser solidaria? ¿Entiende la solidaridad?

¿La universidad comprende o no la equidad? ¿No la comprende porque intrínsecamente no es equitativa? Como espacio para unos pocos, como espacio privilegiado por razones de orden económico o por seudos o reales principios de inequidad intelectual, ¿solamente acepta los mejores?

¿La universidad tiene o se rige por principios éticos? Cuál es la ética universitaria? ¿Cuál es la ética social de la universidad? ¿Sólo se preocupa de la ética de la investigación? ¿Se practica, y por lo tanto es capaz de enseñar la ética? ¿Qué ética se enseña? ¿Por quiénes? ¿Se puede enseñar ética? ¿Tiene calidad moral y ética para enseñarla a sus educandos?

¿Qué tiene que hacer la universidad en el proceso de reforma de la salud del país en que está inserta? ¿Cómo participa? ¿Por lo menos, piensa en ello? ¿Todos los universitarios o unos pocos, como siempre? ¿Por lo menos piensa en los cambios en la práctica en salud? ¿Piensa que esa práctica es inequitativa y no solidaria? ¿Considera que una práctica no solidaria es la que produce realmente riqueza y que la práctica basada en la solidaridad sólo reparte pobreza -tema muy discutido en este momento-? ¿La Universidad, por lo tanto, se deja avasallar por las nuevas teorías político-económicas? ¿Puede defenderse?

¿Sus intereses particulares prevalecen sobre los intereses generales de la comunidad, de la sociedad, del país y del continente en que está colocada? ¿Está solamente colocada o debe ser parte, debe sufrir y gozar con las desgracias o felicidades de ese todo inseparable que lo constituyen las sociedades y sus instituciones, la universidad entre ellas, principalmente?

Cuando iba a comenzar a escribir esta presentación me preguntaba respectivamente cómo debo empezar. ¿Debo expresar la angustia y que mi presentación sea tomada, exclusivamente, como una propuesta política, sin ese embrujo de un conjunto de frases académicas solamente entendible para un pequeño conjunto de iniciados?

¿Debo usar frases que al poco tiempo resultan inútiles y aparecerán otras más rimbombantes pero quizás más vacías? ¿Así lo deberíamos hacer o por lo menos deberemos plantear un esfuerzo por encaminar al confundido grupo de desorientada gente que constituyen este remedo de país, como dicen que es el mío?

¿No será más fácil y mejor decirlo clara, sencilla y vulgarmente, para que nos entiendan, casi coloquialmente pero con frases que destilen experiencias de varios niveles de trabajo?

Creo que debe ser así, aunque me equivoque.

No creo que sea justo para mis colegas y, sobre todo para mí, pues ha pasado mucha agua por el puente de mi vida y ahora estoy lo suficientemente libre -nunca lo es uno totalmente- para plantear lo que pienso -muy mezclado con lo que siento- de nuestras universidades y de subsectores de salud que alocadamente quieren reformar al son de la melodía increíblemente afinada, que es la serenata de la economía liberal.

¿Debemos mezclar el razonamiento con el sentimiento? Creo que la hora que nos toca transcurrir lo amerita. Si la propuesta neoliberal es el ejemplo del puro raciocinio y de la liberación del sentimiento -"¿qué importa por ahora la pobreza, la falta de solidaridad y de equidad", como lo dicen continuamente, "porque el futuro es de todos, de aquí a veinte años?"-, ¿podemos responder sólo racionalmente?

¿Tenemos propuestas sólo basadas en la razón, en un momento en que las propuestas racionalistas del tipo social han fracasado y nos han llevado a la situación de privilegiar el mercado?

Considero que no sólo se trata de un puro razonamiento, sino que no tienen compromiso con nadie, salvo con ellos mismos, con su poder económico, y resulta muy insensible para dar cuenta de la vida de la gente.

No nos debemos alejar del pensamiento científico porque la economía, la planificación estratégica, la administración basada en el logro de la calidad, son verdaderas posiciones científicas, pero debemos darle calidad humana.

¿Qué hacer? Una vieja pregunta para actuales situaciones de conflicto. ¿Debemos subsumir el conflicto o dejar que este conflicto sea un elemento protagónico en nuestras respuestas?

Aunque lo llamen como quieran, debemos plantear una nueva o nuevas teorías en que se fusionen los principios científicos racionales con la equidad y la solidaridad. Se trata de hacer explícita la ética social de la universidad como eje central de las relaciones entre la universidad y la sociedad.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la equidad como un estado de ánimo. Yo traté de encontrar qué significaba equidad en este texto. Este estado de ánimo debe darle

la calidad humana a las actuales propuestas liberales. La universidad debe comprometerse como un todo en el desarrollo social y económico de los países en que está inserta. No sólo de la educación. Su nuevo contrato social, su ética social, debe estar basada en estas premisas. Debemos alejarnos de la idea de que la universidad es una mera empresa educativa. Somos algo más. Y ahora más que nunca debemos defenderla.

Pero voy más allá: de un nuevo paradigma al interior del universitario. De nosotros depende que la universidad en el siglo XXI sea:

- Una universidad comprometida, participativa, creadora y difusora del conocimiento, y educadora en el más amplio sentido de la palabra;
- formadora de hombres y mujeres para su entorno, para su país, para su continente;
- que trabaje creando o ayudando a crear modelos de atención que favorezca a todos. No sólo analizando las posibles reformas sectoriales, propuestas desde afuera de la universidad, sino trabajando conjuntamente, como responsabilidad social, en este modelo que debe aparecer como una propuesta real de participación social, con mezcla de lo público con lo privado, colaborando así en los procesos de reforma del sector,
- que entienda y emplee la solidaridad y la equidad como base de estos cambios en la educación y en la salud.

Y así podremos caminar firmemente hacia el siglo XXI.

EDUCACION Y PRACTICA MEDICA FRENTE A LOS MOVIMIENTOS DE REORGANIZACION SECTORIAL:

EL CASO DE CHILE

Roberto Belmar

ANTECEDENTES

Chile concibió en los años treinta y cuarenta la concepción del Servicio Nacional de Salud, alcanzándose la unificación de las estructuras que eran responsables de la atención de salud y el servicio social chileno en la ley del SNS en 1952. Chile fue el primero en concebir el concepto de Servicio Nacional de Salud y el segundo en implementar legalmente este nuevo concepto, después de Inglaterra que lo hizo en 1948. El gobierno autoritario del Gral. Pinochet inicia en 1979 los cambios del sistema de salud chileno dando origen a un proceso de privatización con la creación de los Institutos de Salud Previsional -ISAPRES- en 1981 y del reemplazo del SNS con su transformación en el Sistema Nacional de Servicios de Salud -SNSS-. Otro importante cambio fue el traspaso de los establecimientos de atención primaria a las municipalidades del país en 1985.

Cuando el gobierno del presidente Aylwin asume, al retornar la democracia al país, se encuentra con un sector de salud que adolecía de los siguientes problemas: un sistema de salud donde coexistían separadamente un sector público y un sector privado; la desarticulación de los establecimientos de atención primaria municipales de los servicios de salud; una disminución del gasto en salud desde el 7% del GNP (1973) a menos del 1% (1989); un sistema de salud orientado principalmente a la recuperación de la salud, además para mayor agravante los recursos se entregaban por medio del pago de la prestación efectuada (fees-for-service); inadecuado acceso en el medio rural y marginal urbano; y baja capacidad resolutive del primer nivel de atención.

Los principios generales de política social y de salud del nuevo gobierno del Presidente Aylwin están orientados hacia el desarrollo y el crecimiento con equidad; en este sentido el proceso de recuperación de la plena democracia tiene entre sus prioridades promover la justicia social, corrigiendo las graves desigualdades e insuficiencias que aún afligen a grandes sectores de chilenos. En este marco de políticas sociales, salud ocupa el lugar central de estas políticas sociales, donde las principales estrategias eran equidad, solidaridad, participación social, eficiencia y descentralización.

Los objetivos del sector salud, reconociendo que la salud es un derecho consustancial a la vida de las personas son:

- Hacer justicia en salud, reduciendo las diferencias en el acceso a los servicios de salud y la calidad de estos.
- Dar más años a la vida, disminuyendo las muertes evitables.
- Dar más salud a los años, mejorando la calidad de vida de los chilenos.

Para el logro de estos objetivos se establecen tareas prioritarias: mejorar el acceso a la salud; resolver la crisis hospitalaria; dar un gran impulso a la prevención y protección de la salud; rescatar, consolidar y reconstruir el sector público e integrar a los sectores privados y sectores solidarios (ONG de salud) a la atención de salud; y preferenciar la atención primaria, como estrategia para alcanzar la equidad, descentralización, solidaridad, participación social y eficiencia.

En este marco de políticas sociales y para alcanzar los objetivos de salud, las acciones efectuadas por el gobierno del Presidente Aylwin se ordenan en proyectos y programas para impulsar la nueva estrategia de atención primaria, para mejorar el acceso a la salud de la población y para aumentar la capacidad resolutoria de los niveles de atención.

Para impulsar la atención primaria se efectuaron las siguientes acciones:

- Mantener y perfeccionar la descentralización de ésta en el nivel municipal, consolidándola con el proyecto de ley de "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal".
- Capacitar a los funcionarios del primer nivel en los principios y destrezas de la estrategia de atención primaria.
- Desarrollar la estrategia de los SILOS en los Servicios de Salud del País.
- Incorporar el sector solidario de salud, específicamente las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de salud a las actividades de atención primaria.
- Actividades de participación social en el área del trabajo psico-social de salud.

Para mejorar el acceso de la población a las acciones de salud se desarrollaron las siguientes actividades de salud:

- Extensión horaria de los consultorios de atención primaria. Uno de cada dos consultorios tiene horario hasta las 22hs. de lunes a viernes.
- Creación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia -SAPU- donde la población urbana del país tenía acceso a la atención de la urgencia de atención primaria las 24 horas y todos los fines de semana y días festivos. Uno de cada cuatro consultorios generales urbanos tiene un SAPU.
- Se construyeron más de cien nuevos consultorios y postas rurales donde no existían estos establecimientos de atención primaria.
- Se desarrolló un programa de salud rural para alcanzar a todos los habitantes rurales del país. Este 18% de la población fue atendida por postas rurales y los establecimientos de salud rural para recibir la ronda del equipo completo de atención primaria en las zonas más aisladas.
- Se reforzaron los servicios de urgencia de todos los hospitales para asegurar el ingreso de la población a estos servicios.
- Con el Banco Mundial y el BID se desarrolló un programa de mejoramiento de los servicios de salud y la construcción de más camas en las zonas de déficit de este recurso de salud.

- Se eliminaron las trabas administrativas para el primer nivel de atención, suprimiéndose todo cobro directo a los beneficiarios del sector público de salud.
- Se incorporaron más de mil ambulancias en el país para el sector público de salud.

Para mejorar la capacidad resolutive del sector salud se hicieron las siguientes acciones:

- Se crearon los Centros de Diagnóstico y Tratamiento -CDT- y los Centros de Referencia de Salud -CRS- para mejor articular la atención primaria con los niveles de mayor complejidad y acercar la capacidad resolutive a la población.
- Se hizo el proyecto de Asistencia Técnica y Rehabilitación Hospitalaria -TAHRP- para dotar de infraestructura y equipamiento a los hospitales del país.
- Específicamente se mejoró la atención perinatal, dotando de mayor capacidad resolutive a las maternidades del país.
- Se creó una red de laboratorios básicos de salud para darle a la atención primaria una mayor capacidad de diagnóstico y seguimiento de las patologías de mayor severidad y prevalencia del país. Estos laboratorios básicos, uno en cada comuna urbana de mayor población, sirven todos los consultorios del país, con una red de fax y estafetas que aseguran la entrega rápida y segura de los exámenes de laboratorio a los usuarios del sector.
- Se dotó de un 50% de recursos para fármacos e insumos de la atención primaria y se creó un formulario específico para la atención primaria del país.
- Se creó el programa de "Hospitalización Abreviada" en todos los consultorios del país para enfrentar la obstrucción bronquial y las neumopatías asociadas a la contaminación atmosférica e intra-domiciliaria, que representan la mayor morbilidad del país, con un 60% de todas las consultas ambulatorias. Usándose para ello, un "árbol de decisiones" para el mejor manejo de estos problemas y proveyéndose de fármacos de alta resolutive, asociados a fisioterapia respiratoria.
- Se implementó un programa de capacitación en técnicas de mejoría de la calidad de atención para todos los niveles del sector público.

Todas estas acciones que se desarrollaron durante la Administración del Presidente Aylwin fueron continuadas y perfeccionadas por la nueva administración del Presidente E. Frei, que inició su gestión en marzo de 1994. Son políticas prioritarias de esta Administración la modernización del sector salud, profundizando la equidad en salud, la descentralización de los Servicios de Salud, el uso más eficiente de los recursos del sector público y promover la complementariedad del sector público con el sector privado de salud.

Para lograr la mayor descentralización se han establecido en las misiones de cada Servicio de Salud un proceso de manejo directo de los recursos económicos de los Servicios, del desarrollo y manejo de los recursos humanos y de la mejoría de la capacidad de gestión de los establecimientos de salud. A nivel de los consultorios municipales, se ha instaurado la asignación per capita de los recursos económicos de atención primaria, identificando e inscribiendo sólo a los beneficiarios de ese sector público.

Para perfeccionar todo el sector de salud, sobre todo poder lograr la rearticulación de los niveles de atención del sector público y la complementariedad del sector público con el sector privado, se

ha creado el Honorable Consejo Consultivo Nacional de Salud. Donde están representados tanto los proveedores como los consumidores de salud para proponerle al Ministerio de Salud un nuevo Modelo de Atención de Salud del país. En este modelo se logrará, en el consenso todas las partes, una red de servicios que aúnen todos los recursos de salud para asegurarle a la población, no sólo el total acceso a los establecimientos de salud, sino que una mejor capacidad resolutoria, que asegure la eficacia del sector, el uso eficiente de los recursos para la salud y la satisfacción de todos los usuarios, en especial aquellos de menores recursos o marginados social, geográfica o culturalmente.

En este gran proceso de desarrollar la democracia plena y de modernizar el Estado y la economía del país, la salud es un área de alta prioridad de las dos últimas administraciones de los Presidentes Aylwin y Frei. Para ello se ha llevado a cabo un gran proceso de educación del personal de la salud para estas nuevas y prioritarias tareas, que se ha expresado en:

- La capacitación de 12.000 funcionarios de atención primaria municipal, la creación de más de 800 misiones de estudios para formar los especialistas para los niveles de mayor complejidad, promover la formación en salud familiar y general para la estrategia de atención primaria.
- Capacitación del personal de los servicios de salud para desarrollar una programación de salud participativa.
- Crear un Diploma en Gestión Social para mejorar la capacidad de gestión de los directores de consultorios, de los jefes de salud municipal y de los funcionarios de las Direcciones de Atención Primaria de los Servicios de Salud.
- Reorientar las asistentes sociales para retomar su rol en el área de trabajo social de salud.
- Capacitar al personal de los Servicios de Salud y de las Municipalidades en técnicas de mejoría de la calidad de la atención.

Sin embargo todos estos grandes esfuerzos de formación aún no son suficientes y es fundamental reorientar la formación de pre-grado de los estudiantes de las carreras de salud para adecuarlos a este proceso de modernización, donde deben adquirir las destrezas en áreas como:

- a - Las técnicas de gestión moderna en el uso de los recursos de salud.
- b - Las técnicas de comunicación social para asegurar no sólo la información sino la educación para la salud de la población.
- c - La introducción de las ciencias de la conducta en los currículos de las escuelas de pre-grado en salud, con disciplinas como la sociología de la salud, antropología social, antropología cultural, psicología y economía.
- d - Las actividades de participación social como trabajo de campo, internados rurales, investigación epidemiológica y actividades de acción social en las carreras de salud.
- e - El trabajo en terreno, preferenciando las actividades docentes en consultorios de atención primaria para graduar profesionales de salud que conozcan, respeten y tengan motivación para trabajar en la atención primaria; tanto como una etapa de su vida profesional, como para una opción de trabajo permanente en su vida profesional.

El recurso humano en salud, específicamente el médico, es el pilar fundamental para lograr la modernización en salud y alcanzar eficientemente las metas de Alma Ata.

REFERENCIAS

- Departamento de Atención Primaria "De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual", Ministerio de Salud, Chile, 1993.
- Ministerio de Salud, "La Gestión del Ministerio de Salud", Chile, 1994.
- OPS, "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe", documento No. 41, OPS, 1994.
- Departamento de Atención Primaria, "Memoria 1990-1991", Ministerio de Salud, Chile 1992.

LA ENSEÑANZA Y LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR DE SALUD:¹

EL CASO DEL CANADÁ

Robert F. Maudsley²

Muchos de ustedes conocen los sistemas de servicios de salud y enseñanza de la medicina del Canadá. Permítanme tomarme algunos minutos para recordarles los elementos esenciales. Comentaré sobre algunos de los cambios del sistema de asistencia sanitaria, tanto en marcha como posibles, y sobre las repercusiones que esos cambios están teniendo y podrían tener en la enseñanza de la medicina en el Canadá. Por último, describiré un importante proyecto de educación que se está llevando a cabo en la provincia de Ontario para tratar de abordar algunos de los problemas del sistema de asistencia sanitaria.

El Canadá ocupa el segundo lugar entre los países más grandes del mundo, con una superficie de 10 millones de kilómetros cuadrados. Tiene 28 millones de habitantes, con grandes diferencias en la densidad de población. El Canadá se divide en 10 provincias y dos territorios. La provincia más grande es Ontario, con 10 millones de habitantes, y la más pequeña es la Isla Príncipe Eduardo, donde viven unas 130.000 personas. Los dos territorios ocupan una vasta superficie de tierra en el norte del país y tienen menos de 100.000 habitantes en total. Conforme a la Constitución canadiense, las provincias y los territorios se ocupan de los servicios de salud. El gobierno federal transfiere partidas presupuestarias a las provincias y territorios sobre la base de su aceptación de los cinco principios de la atención médica definidos en la Ley Canadiense sobre la Salud: universalidad, accesibilidad, transferibilidad de la cobertura de una provincia a otra, carácter integral y administración pública sin fines de lucro. El Canadá optó por basar su sistema de asistencia sanitaria en la cobertura universal de los servicios necesarios: cobertura completa para servicios médicos y hospitalarios y programas suplementarios del gobierno para pagar los gastos de otros servicios, como medicamentos, aparatos y atención odontológica para aquellos que no tienen suficientes recursos para pagarlos.

De cada dólar que se gasta en atención de salud, 72 centavos provienen del erario público. Las 10 provincias usan fondos de los ingresos tributarios generales para pagar la asistencia sanitaria. Seis cobran también impuestos o primas especiales para la atención de salud. Los demás gastos corren por cuenta de los particulares, que a veces tienen planes de seguro privado ⁽¹⁾. La mayoría de los médicos canadienses ejercen la medicina en forma independiente y se les paga por los servicios que

¹ Ponencia presentada en la XVI Conferencia de Facultades Médicas Latinoamericanas y en la Conferencia Extraordinaria de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, Punta del Este, Uruguay, 11 de octubre de 1994.

² Vicedecano de la Facultad de Medicina
Queen's University
Kingston, Ontario, Canadá K7L 3N6

prestan, según las normas que establecen y por cuyo cumplimiento velan los profesionales, y no el gobierno. Los médicos son remunerados por sus servicios por un solo asegurador: el plan de seguros del gobierno provincial, el mismo que paga los demás servicios de salud para los cuales existe un seguro del gobierno.

Aunque la Ley Canadiense sobre la Salud vela por que los servicios de salud sean asequibles para todos, no hay ninguna garantía de que todos los servicios sean accesibles o estén disponibles ⁽²⁾. Las localidades rurales y alejadas, así como algunas zonas urbanas, no tienen al alcance de la mano la gama de servicios de salud de que disfrutaban las localidades de mayor tamaño o más adineradas.

Según los resultados de encuestas recientes, 84% de los canadienses consideran que sus servicios de salud son excelentes, muy buenos o buenos, y 81% creen que el gobierno debería pagar la atención de salud de todos los canadienses. Una encuesta de los médicos canadienses realizada en 1992 reveló que 83% están de acuerdo en que el sistema de asistencia sanitaria del Canadá es muy bueno o excelente. Sin embargo, 84% piensan que, en el plazo de 10 años, la demanda de servicios médicos superará en gran medida la capacidad financiera del sistema actual para sufragarlos ⁽³⁾. Actualmente, el Canadá gasta el 9,2% del producto nacional bruto en asistencia sanitaria (68.000 millones de dólares al año). Cada provincia gasta alrededor de un tercio de su presupuesto anual en salud.

Durante los últimos años, el Canadá ha sufrido una recesión económica severa, y aunque la economía está recuperándose lentamente, la tasa de desempleo sigue siendo del 10% a nivel nacional y es mucho mayor en ciertas zonas. La deuda nacional canadiense es sumamente grande; actualmente, en todos los niveles del gobierno, se está acercando al 100% del producto interno bruto. Uno de los resultados de la recesión ha sido una caída considerable de las recaudaciones tributarias. Los canadienses pagan impuestos relativamente altos, y el gobierno no tiene grandes posibilidades de aumentarlos. Frente al aumento de la deuda y los ingresos tributarios limitados, el gobierno federal ha optado por disminuir gradualmente las transferencias de fondos a las provincias y territorios, pero de esta forma podría estar perdiendo su autoridad fiscal para hacer cumplir los principios de la Ley Canadiense sobre la Salud. Las provincias y territorios, que se encargan del suministro de servicios de salud, están tratando de mantener todos los servicios médicamente necesarios a pesar de la disminución de las transferencias de fondos federales y de la imposibilidad de aumentar sus propios ingresos tributarios. El cobro de honorarios a los usuarios se opone a los principios de la Ley Canadiense sobre la Salud y no se considera como una opción aceptable. Tampoco lo es el financiamiento principalmente privado ⁽⁴⁾.

Existe un consenso en el sentido de que no se dispone de fondos nuevos para pagar la asistencia sanitaria en el Canadá. Por lo tanto, necesitamos disminuir y controlar el costo y gastar los fondos disponibles en la forma más eficaz posible. Se están utilizando varias estrategias para hacer frente a este desafío. Se está controlando más el número de médicos mediante la reducción del número de estudiantes que pueden matricularse y la limitación de la inmigración de médicos extranjeros. En 1992 había un médico por cada 510 personas. El número de alumnos matriculados en las 16 facultades de medicina del Canadá ha bajado durante los últimos años, y el número de estudiantes que se graduaron en 1994 volvió al nivel de los años setenta.

Aunque el pago por los servicios prestados sigue siendo el método predominante para remunerar a los médicos, en muchos casos ahora se usan métodos de pago diferentes. En la facultad de medicina de Queen's University, donde yo trabajo, acabamos de introducir un plan de financiamiento alternativo: hemos eliminado la facturación por servicios prestados por los médicos que son

profesores de la facultad y usamos un fondo global para pagar los gastos de atención de los pacientes, así como para la enseñanza y la investigación.

Se está atribuyendo una importancia creciente al suministro de servicios de salud que pueda demostrarse científicamente que benefician al paciente y cuestan lo mismo o menos que otros servicios igualmente eficaces. Se calcula que hasta un tercio de los servicios de salud que se proporcionan actualmente no cumplen este criterio. En varias provincias, los médicos y los ministerios de salud están formulando pautas para la práctica de la medicina y normas para una atención de salud eficaz. Asimismo, un examen minucioso de los gastos abarca el lugar donde se presta el servicio y el tipo de personal que lo hace. Continuamos dependiendo en gran medida de la atención institucional y de servicios de tecnología avanzada; sin embargo, se está tratando de reducir el número de camas de estancia corta y de ampliar la atención ambulatoria, en la comunidad y a domicilio. En estos dos últimos sitios cobra importancia creciente el papel del médico familiar y de otros profesionales de salud. Actualmente, hay tantos médicos generales como especialistas; este equilibrio sigue constituyendo la meta de la planificación de los recursos médicos.

La mayoría de los canadienses comprenden la necesidad de una forma de vida sana y la responsabilidad que tienen por su propia salud. Durante los últimos 20 años, el gobierno federal, los gobiernos provinciales y muchos profesionales y asociaciones que trabajan en el campo de la salud han hecho hincapié en la promoción de la salud. El gobierno y, en medida creciente, la población en general reconocen que la pobreza, el desempleo y el rendimiento escolar deficiente influyen mucho en los problemas de salud y que gastar más sin abordar estos importantes problemas sociales no conducirá a una mejora considerable de la salud de la nación.

En el Canadá hay 16 facultades de medicina; hay por lo menos una en cada provincia, excepto en dos. En Ontario y Quebec, las dos provincias más grandes, hay cinco y cuatro facultades de medicina, respectivamente. La Asociación de Colegios de Médicos del Canadá es un foro nacional que promueve el enlace y la colaboración entre facultades de medicina en lo que atañe a la enseñanza y la investigación. En el Canadá, todos los cursos de medicina de postgrado están bajo la égida de las facultades de medicina, que trabajan en estrecha colaboración con los órganos nacionales de certificación y acreditación, el Colegio de Médicos Familiares del Canadá y el Real Colegio de Médicos y Cirujanos del Canadá. Con este sistema, las facultades de medicina tienen gran influencia en la orientación de la enseñanza de postgrado en el campo de la medicina. Aunque la mayoría considera que la enseñanza de postgrado en el Canadá, particularmente las especializaciones, es bastante tradicional, se están estudiando e iniciando cambios para que responda mejor a las necesidades de la sociedad.

Prácticamente todas las facultades de medicina canadienses han realizado o están realizando cambios en los programas de estudios. McMaster inició este movimiento hace 25 años. Desde entonces, varias facultades han adoptado un programa de estudios basado en problemas específicos; la Universidad de Sherbrooke ha adoptado un programa de este tipo con una firme orientación comunitaria. La mayoría de las facultades han evaluado minuciosamente sus métodos de instrucción y muchas han adoptado estrategias para promover el aprendizaje centrado en el alumno. La enseñanza de métodos de comunicación, ética médica, información y evaluación crítica de la información ahora es común en la mayoría de los programas de estudios. Existe una conciencia creciente de la necesidad de adquirir más experiencia, incluida la experiencia clínica en la comunidad, fuera de los hospitales docentes de atención terciaria. Sin embargo, trasladar una mayor parte del programa de estudios a la comunidad, especialmente la experiencia clínica, plantea un problema

formidable para casi todas las facultades de medicina, ya que la mayoría de los profesores continúan usando los grandes hospitales docentes como base para la atención de los pacientes, la enseñanza y la investigación. En general, los departamentos de medicina familiar son los que más éxito han tenido en este sentido.

Las facultades de medicina canadienses están adaptándose a los cambios en la medicina y en la enseñanza. En medida creciente están colocando el contenido de la enseñanza de la medicina en un contexto social más amplio. Algunos dicen que el ritmo de cambio es demasiado lento o demasiado limitado; otros afirman que las facultades de medicina del Canadá ofrecen un producto excelente y que el cambio debería ser lento y deliberado. Esta última opinión tiende a minimizar los cambios en el contexto de la asistencia sanitaria y la necesidad de que el contenido de la enseñanza de la medicina esté sincronizado con el contexto para el cual formamos a los médicos del mañana ⁽⁵⁾.

Ahora describiré un proyecto de educación muy interesante del Canadá que se relaciona directamente con los importantes asuntos que se tratan en esta conferencia y que afrontan las facultades de medicina de las Américas. Me refiero a la "Educación de los futuros médicos de Ontario" (EFPO), que ahora está terminando su quinto año ⁽⁶⁾.

El EFPO se creó a raíz de una huelga corta pero insidiosa que se hizo en Ontario en 1986. A buena parte del público y a algunos miembros de la profesión médica, los médicos dieron la impresión de que eran egoístas y de que habían perdido el contacto con la dinámica cambiante de la atención de salud.

El proyecto abarca las cinco facultades de medicina de Ontario y se lleva a cabo con fondos de una fundación de beneficencia privada, el gobierno provincial y las cinco facultades.

La meta del proyecto es que la enseñanza de la medicina en Ontario se adapte mejor a la evolución de las necesidades de la sociedad de Ontario. Algunos de sus objetivos emanaron de la idea de Kerr White de pasar de un modelo de la medicina dominado por la oferta a un modelo dominado por la demanda, basado en las necesidades y los atributos observados en las personas y los grupos atendidos ⁽⁷⁾. El diagrama presenta los dos lados y muestra el desequilibrio actual a favor de la "corriente de la oferta", que se basa en la necesidad de buscar pacientes que se adapten a los intereses y la capacidad técnica de los especialistas y del equipo y los servicios de los hospitales. La "corriente de la demanda" plantea preguntas desde el punto de vista del paciente y la comunidad. ¿Qué carga de morbilidad sobrelleva la comunidad? ¿Qué factores influyen en la gravedad de las enfermedades e impedimentos? ¿Qué intervenciones son más eficaces para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento? ¿Qué se puede hacer para usar los recursos disponibles de una forma más eficaz o para obtener recursos nuevos a fin de atender mejor estas necesidades? ⁽⁸⁾ Se podría considerar que la "corriente de la oferta" sirve al **contenido** de la enseñanza y la práctica de la medicina, mientras que la "corriente de la demanda" sirve al **contexto** de la enseñanza y el servicio.

La relación entre la enseñanza y la práctica de la medicina es compleja. ¿Deben las facultades de medicina encabezar o seguir a fin de que la enseñanza sea apropiada para el "mundo real"? El proyecto EFPO decidió colocarse a la cabeza, iniciando un proyecto de cooperación para cambiar los programas de estudios, así como la actitud y la escala de valores de alumnos y profesores, con el propósito de que la enseñanza se adapte mejor al contexto de las necesidades y expectativas sociales. El proceso de cambio institucional requiere esfuerzos similares a los que se necesitan para cambiar la conducta individual: una conciencia de la necesidad de cambiar, apoyo a los que están cambiando y fomento de la solidaridad entre los que están realizando cambios similares a fin de

reducir la posibilidad de volver a la conducta anterior ⁽⁹⁾. El proyecto EFPO, con la colaboración de las cinco facultades de una región, ha facilitado numerosos cambios.

Cuando comenzó el proyecto, las cinco facultades de medicina de Ontario ya habían iniciado o estaban planeando cambios en los programas de estudios, algunos de gran alcance. Cada facultad ha conservado su autonomía e identidad y ha aportado su propio punto de vista a la formulación de los programas de estudios y de los métodos de enseñanza. Sin embargo, el EFPO ha influido en el cambio y lo ha respaldado. Se han compartido ideas, planes e innovaciones, produciendo un efecto multiplicador que probablemente exceda la capacidad individual de cualquiera de las facultades.

A fin de alcanzar la meta general del programa EFPO, se han establecido cinco objetivos:

- 1) definir las necesidades y expectativas del público en cuanto al papel y la competencia de los médicos;
- 2) formar educadores;
- 3) evaluar la competencia de los alumnos;
- 4) apoyar innovaciones conexas en los programas de estudios; y
- 5) proporcionar un liderazgo permanente.

Se realizó un análisis completo de las necesidades en materia de salud en todo Ontario desde el punto de vista del público, de grupos con intereses especiales (como personas de edad avanzada, discapacitados, etnias y pueblos indígenas), de la profesión médica y de otros profesionales de salud, y se han publicado 19 documentos de trabajo sobre las necesidades en materia de salud y las expectativas de la sociedad. A partir de este extenso análisis se señalaron varias funciones decisivas del médico:

- adopción de decisiones de tipo clínico y en calidad de experto en medicina,
- educador y humanista capaz de curar y de comunicarse,
- colaborador,
- administrador de recursos,
- promotor de la salud,
- profesional dispuesto a aprender,
- científico e investigador.

Después se formularon estrategias para promover y enseñar estas funciones y determinar la medida en que los alumnos las cumplían.

Los objetivos de la formación y evaluación de profesores fueron considerados como elementos decisivos. Se han organizado talleres en colaboración para ayudar a las facultades a perfeccionar su cuerpo docente. El grupo de evaluación ha trabajado en la elaboración de métodos de evaluación y ha colaborado con las organizaciones nacionales que se encargan de evaluar la competencia necesaria para la habilitación de los médicos.

Uno de los componentes de este proyecto ha sido un programa de becas para preparar a los líderes del futuro en el campo de la enseñanza de la medicina. Los becarios del EFPO intervienen activamente en el trabajo del proyecto y en la renovación de los programas de estudios de sus propias facultades de medicina ⁽¹⁰⁾.

La mayoría de los observadores del proyecto creen que éste ha tenido grandes repercusiones en la enseñanza de la medicina en Ontario y que está alcanzando la meta de que la enseñanza de la medicina responda mejor a las necesidades de la sociedad. Durante los últimos 18 meses del proyecto se ha prestado especial atención a los años de formación clínica del programa universitario. Los alumnos deben ver y practicar las funciones indicadas por el proyecto en su labor clínica diaria a fin de incorporarlas en sus actitudes, escala de valores y prácticas.

Se está debatiendo si se iniciará un EFPO II que abarque el programa universitario y los estudios de postgrado en medicina, con el propósito de extender la influencia del proyecto a los años de formación clínica de postgrado, que son decisivos. Se está conversando con otras facultades de medicina y con organismos nacionales de certificación, acreditación y habilitación sobre la posibilidad de extender el proyecto a otras regiones del Canadá. Estamos muy entusiasmados con la respuesta que hemos recibido de estas organizaciones, ya que somos conscientes de que probablemente se produzcan cambios de fondo y duraderos en la enseñanza y la práctica de la medicina sólo si existe una auténtica colaboración entre las facultades de medicina y estas organizaciones normativas nacionales tan influyentes.

En resumen, el sistema de asistencia sanitaria canadiense está experimentando cambios como consecuencia de la realidad socioeconómica. El ejercicio de la medicina está cambiando lentamente, pero los médicos están dándose cuenta de que no pueden mantener el statu quo. Las facultades de medicina canadienses han comenzado o están comenzando a realizar grandes cambios en el contenido, los métodos de enseñanza y el contexto en el cual se aprende medicina. Un consorcio de cinco facultades de medicina, una fundación de beneficencia del sector privado y un gobierno provincial están concluyendo el quinto año de un importante proyecto para que la enseñanza de la medicina responda mejor a las necesidades de la sociedad. Se están preparando planes para extender el proyecto a la enseñanza de postgrado de la medicina y lograr la participación de organizaciones normativas nacionales a fin de promover y consolidar los cambios necesarios en la enseñanza y la práctica de la medicina.

4 DIC. 1996



Referencias

- 1.- Little B. The \$71-billion system seeks a cure. *The Globe and Mail*, Toronto 1992, 27 de abril; Sect A:9
 - 2.- Seidelman WE. Community-Oriented Services in Medical Education and Practice in Canada: Medial Care for the Underserved. Ponencia presentada en la Conferencia sobre Servicios Sociales y Comunitarios en la Enseñanza de la Medicina y la Práctica de la Profesión. Fundación Josiah Macy, Jr. y Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. Washington, D.C., del 24 al 27 de marzo de 1993.
 - 3.- Canadian Medical Association. Toward a New consensus on Health Care Financing in Canada. Report of the Working Group on Health System Financing in Canada. Ottawa: CMA, 1993
 - 4.- Heidemann E. The Canadian Health Care System: Costs and Quality. *Bulletin of PAHO* 1994; 28(2):169-176
 - 5.- Maudsley RF. The New Social Mandate for Medical Schools. *Annals of Community-Oriented Education* 1994; 7:21-26
 - 6.- Neufeld VR, Maudsley RF, Walters BE et al. Demand-side medical education: educating future physicians for Ontario. *Can Med Assoc J* 1993; 148:1471-1477
 - 7.- White, Kerr L. *Healing the Schism: Epidemiology, Medicine, and the Public's Health*. Nueva York: Springer Verlag, 1991 citado por Evans J R en "The Health of the Public" Approach to Medical Education. *Acad Med* 1992; 67:719-723
 - 8.- Evans JR. The "Health of the Public" Approach to Medical Education. *Acad Med* 1992; 67:719-723
 - 9.- Organización Mundial de la Salud. *Changing medical education: An agenda for action*. Ginebra, Suiza: OMS, 1991
 - 10.- Maudsley RF, Neufeld VR, Turnbull JM. A Fellowship Program to Develop Leaders in Medical Education. *Acad Med* 1994; 69:562-563
-

REORIENTANDO EL SECTOR SALUD EN EL BRASIL:

DESAFIO PARA LA PRACTICA Y LA EDUCACION MEDICAS¹

Eleutério Rodriguez Neto²

1. Introducción

Hoy en día se habla en todo el mundo de crisis de los modelos de protección social y, especialmente de atención a la salud, estando en el tapete, en casi todos los países, la discusión de proyectos de reforma de sus sistemas de asistencia social y de salud.

Lejos, sin embargo, de representar un mismo fenómeno, las "crisis" son de diversas naturalezas y motivaciones, como la del antiguo bloque socialista, la de la social-democracia europea, la de los Estados Unidos y la de los países periféricos y subdesarrollados, entre los cuales también se pueden hacer distinciones, como entre África y América Latina. Aún más, revelan una brutal disparidad entre Norte y Sur: mientras que en unos la cuestión se refiere a ajustes con vistas a la competitividad de los bloques económicos en disputa de la hegemonía, como es el caso de la Comunidad Europea, o la incorporación de segmentos excluidos del mercado, como es el caso norteamericano, en otros el problema es del acceso a los beneficios mínimos de la modernidad, restringido aún para la mayoría de las poblaciones africanas y latinoamericanas, condenadas, en su mayoría, a vivir mal y menos.

Más grave, sin embargo, que las históricas, pero no por ello menos dramáticas desigualdades, distorsiones e injusticias entre los países y los pueblos, es la pretensión, insistentemente pregonada por organismos internacionales y otros entes institucionales económico-político-ideológicos, de querer tener una propuesta "racional" para los males del capitalismo atrasado que pretende aspirar a una "política social paternalista, bajo las alas del Estado". Es como si nos quisieran robar la utopía y condenarnos a la racionalidad del consumo indigente de bienes y servicios, conforme "lo que nos toca" en el reparto internacional del trabajo y de la economía.

Las propuestas de ajuste económico han intentado imponer en América Latina un modelo de políticas sociales focalizadas y estratificadas, con agotamiento de la máquina del Estado y exposición de las capas más estables a las reglas del mercado. No cabe aquí la discusión de sus implicaciones ni de los efectos ya observables en algunos países que se adhirieron al modelo, de hecho, conocidos por todos. La intención, en este trabajo, es señalar los caminos que viene siguiendo el Brasil en su proceso de reorientación de la Salud, con sus dificultades, conflictos y contradicciones,

¹ Presentado en el Encuentro Continental de Educación Médica - Punta del Este, Uruguay, octubre, 1994

² Médico, profesor de la Universidad de Brasilia - departamento de Salud Colectiva / Núcleo de Estudios de Salud Pública; asesor legislativo de la Cámara de Diputados

pero también con perspectivas de poder representar una alternativa digna, racional y eficiente para el enfrentamiento de los graves problemas de salud de la población brasileña. Y, por otro lado, discutir sus implicaciones para la práctica médica y para su proceso de formación, así como el papel histórico que le puede estar reservado en la transformación de esa utopía en realidad.

2. Construyendo un nuevo modelo

El sistema de salud brasileño pasa, en estos momentos, por profundas transformaciones estructurales, hacia la implantación del **Sistema Único de Salud - SUS**, de acuerdo con la doctrina que se convino llamar **Reforma Sanitaria**.

Dicho proyecto de transformación es fruto de un largo proceso de discusiones y construcciones técnicas y políticas dentro del movimiento social por la democratización de la salud, como parte del movimiento general por la redemocratización del país. Después de avances parciales en el transcurso de la década del 80, la Constitución de 1988 consagró la nueva concepción doctrinaria para el área de la salud y en 1990 fue aprobada la llamada Ley Orgánica de la Salud que diseñó las líneas básicas de la organización del sistema - el SUS.

Consolidado y legitimado en ocasión de la 8ª Conferencia Nacional de la Salud (1986), el "proyecto" de Reforma Sanitaria tiene en su base toda la crítica y análisis desarrollados por la medicina social a las concepciones y las prácticas sanitarias prevalecientes y la ejercitación de las contrapolíticas de salud formuladas y conducidas por el movimiento de democratización de la salud en las dos últimas décadas.

La esencia de la doctrina de la Reforma Sanitaria reside en la propia concepción que tiene del proceso de salud.

Rechazando las concepciones biologicista (aun hegemónica), la idealista (de efecto inmovilista) y la instrumentalista (que la ve como medio), la Reforma Sanitaria procura dar a la salud una connotación material y dialéctica. O sea, comprenderla como la propia expresión de las formas de organización social y económica que producen, en cada lugar y momento, modelos de vida y de salud concretos.

De esta forma, más que definir la salud, la Reforma Sanitaria pretende explicarla y ofrecer instrumentos conceptuales, políticos y técnicos para su transformación hacia el uso pleno y amplio por parte de toda la sociedad.

Esa connotación implica necesariamente el reconocimiento del carácter estructural de la determinación del proceso salud/enfermedad, su comprensión multidisciplinaria y su abordaje intersectorial y el rechazo de cualquier veleidad de querer comprender y ecuacionar la problemática de la salud por la vía exclusivamente sectorial.

A ese concepto "ampliado" de la salud, se suma otra dimensión, de naturaleza más política, configurando un segundo gran pilar de la Reforma Sanitaria (de una cierta forma ya implícita en la propia dimensión conceptual), que es la cuestión de la salud como derecho y atributo de la ciudadanía.

Política, porque significa una opción, basada en una concepción: de que la salud es atributo de la ciudadanía, o sea, califica al ciudadano y "otorga" (verifica) la ciudadanía, según éste la posea en mayor o menor grado; la opción de que la salud, en términos de su promoción, protección y recuperación es un derecho de todos y de cada uno, por el hecho de ser ciudadanos "iguales ante la ley". Y además, también como opción, que el responsable de asegurar las condiciones para su gozo, ya sea en los campos social y económico como en el de la atención propiamente dicha, es el Estado.

Finalmente, se coloca la dimensión técnico-estratégica del sistema de salud, en sí, para construcción de la Reforma Sanitaria, representada por el proyecto del Sistema Único de Salud, con todos sus principios y directrices organizacionales. O sea, cuál y cómo debe ser la reorientación necesaria del sistema de salud para que pueda "auxiliar" y catalizar el proceso de democratización de la salud, esencia de la Reforma.

En ese contexto, el sistema de salud debe cumplir, además de sus funciones tradicionales, un papel de "superego" de las políticas gubernamentales en general, monitorizando sus efectos e implicaciones sobre la salud de la población y dando "pistas" y ofreciendo una agenda de prioridades para su enfrentamiento consiguiente. La política de salud debe perder su connotación meramente sectorial, en la perspectiva de hacer de la salud, no un medio para el desarrollo, sino el propio fin del mismo.³

El SUS, así concebido, se guía por los siguientes principios y directrices que le confieren una misma doctrina y una misma lógica organizativa en todo el territorio nacional (de ahí su calificación de **único**):

- integración en una **misma red** de todos los servicios públicos de salud, estatales o privados, contratados o por convenio;
- salud como integrante de la **seguridad social**, entendida ésta, como un sistema universal y solidario de protección social;
- **responsabilidad solidaria**, de acuerdo con los principios federativos, de la Unión, de los estados y de los municipios;
- **financiamiento** por medio de los recursos del **presupuesto de la seguridad social** y de aquellos específicos de los estados y municipios, además de otros de la Unión (fiscales);
- **derecho universal e igualitario** de acceso a todos los niveles de atención en el sistema, independientemente de contribución específica;
- **integralidad** de la atención en términos de recomposición de la comprensión y prácticas del proceso salud/enfermedad, buscando la superación de las dicotomías y aprehensión del ser humano en su integridad física y mental y en su contextualización social;
- **descentralización**, entendida como redistribución de atribuciones y funciones entre los varios actores y hacedores del proceso de prestación de servicios, en la dirección de la aproximación del proceso de toma de decisión, del acontecer temporal y espacial de la situación-problema;

³ Párrafos anteriores de este capítulo basados en texto del propio autor et al: Necesidades de Ciencia y Tecnología para Construcción, Implementación y Desarrollo del Sistema Único de Salud, Río, mimeo, 44p.

- **racionalidad organizativa**, en términos de compatibilización entre la estructura de necesidades y la de oferta de servicios, de acuerdo con las estrategias de regionalización y jerarquización de los servicios, con adopción de la estrategia de distritalización (subsistemas locales de salud);
- **efectividad, eficacia y eficiencia**, como atributos inherentes a una práctica de servicio público comprometida con el interés público, implicando y siendo al mismo tiempo estrategia para la necesaria reforma del Estado, en la dirección de su desprivatización;
- **participación**, entendida como el derecho de todos los actores del sistema -gestores, prestadores, usuarios y profesionales- a participar del proceso de toma de decisión sobre las políticas de salud en todos los niveles, así como a controlar su ejecución.

Con una historia tan reciente, en términos de bases constitucionales para su funcionamiento, el SUS padece grandes vicisitudes en su proceso de implantación. Algunas se derivan de las políticas macro-estructurales que no han dado el debido peso y lugar a las cuestiones sociales en general y a la salud en particular; otras, sin embargo, se derivan de las comprensiones no siempre unívocas sobre sus principios y directrices, revelando la permanente disputa de concepciones sobre la reorganización del sector, en búsqueda de la hegemonización. Incluso, a pesar de un brutal desfinanciamiento que ha sufrido en los últimos años, fruto de una política social y económica neoconservadora (o neoliberal) que entra en contradicción con la propia base constitucional recientemente pactada y que abre espacios para el desprestigio del sector público y el crecimiento de modalidades privadas alternativas al SUS, del tipo seguro-salud, la nueva lógica del sistema ha conseguido transformarse en realidad especialmente en numerosos municipios y pauta central de los movimientos sociales populares por su plena efectivación. Procesos sociales como la Reforma Sanitaria y la implantación del SUS implican una permanente lucha política e ideológica, e implican también un continuo perfeccionamiento y búsqueda de nuevas estrategias para su implementación. Para ello, es necesario que se identifiquen con claridad los actores de ese proceso, así como sus conflictos de intereses.

3. Las dificultades y los conflictos

El sistema de salud que ha estado vigente en el país y que es el objetivo de las transformaciones pretendidas por la Reforma Sanitaria tiene su organicidad en el propio modelo del Estado que se ha caracterizado por una "promiscuidad" entre los intereses públicos y los privados y ha producido un cuadro de exclusión social y de mala calidad de vida y de salud para la mayoría de la población, con una estratificación social inadmisibles en términos de justicia social (ver anexo).

Aunque ineficaz desde el punto de vista del impacto positivo sobre la salud de las personas, el sistema de salud brasileño tuvo una expansión sorprendente en términos de inclusión formal creciente de grupos poblacionales y funcionales en su ámbito de protección, a partir de un modelo de cobertura asistencial iniciado en los años 30 y que tuvo su consolidación en la década de los 70, haciendo que el sistema de asistencia social pasase a tener el tercer presupuesto del país (solamente superado por el de la Unión y el del Estado de San Pablo). Sin embargo, según Fleury⁴ el sistema

⁴ Fleury, S. y Mandelli, M., Equidad y Reforma Sanitaria: Brasil, Río de Janeiro, 1994, mimeo, 33 p.

público de salud se formó como "un sistema dual con dos subsectores con clientelas y lógicas diferentes, siendo uno de ellos capitaneado por el Ministerio de Salud y el otro por la Seguridad Social. Bajo la dirección del Ministerio de Salud, cada vez más debilitado en términos de recursos financieros, físicos, técnicos y de poder, subsistían una red hospitalar con características de colonias -tuberculosis, psiquiatría, etc.- y una red de atención primaria localizada en las regiones más pobres del país, una estructura administrativa heredada de las campañas sanitarias y una burocracia comprometida pero muy desprestigiada. (...) La Asistencia Social ya se presentaba como el modelo hegemónico en la salud, en la medida en que, al poseer recursos hipotecados que son repasados a los productores privados de servicios médico-hospitalares, se presentaba como el gran proveedor de atención curativa, especialmente en los grandes centros urbanos."

De acuerdo con un trabajo de la misma autora⁵, las principales características de ese modelo dual son:

- la **extensión de la cobertura**, vía Asistencia Social, de forma a abarcar prácticamente la casi totalidad de la población urbana y rural incluida en el mercado de trabajo;
- la predominancia de la **práctica médica curativa**, individual, asistencialista y especializada, en detrimento de medidas de salud pública, de carácter preventivo y de interés colectivo;
- la creación, a través de la intervención estatal, de un **complejo médico-industrial**, articulando la expansión de la base tecnológica con la producción de insumos y equipos y su incorporación en la red de servicios;
- el desarrollo de un modelo de organización de la práctica médica en términos de **lucratividad** del sector salud, propiciando capitalizar la medicina y privilegiar al productor privado de estos servicios. Por otro lado, como características inherentes a la forma de funcionamiento del Estado, se pueden agregar otras, tales como la **centralización** del proceso decisorio y de las instituciones, la **concentración** en los centros urbanos y la **estratificación del derecho** a la salud, conforme el vínculo laboral y la posición social-económica; de la misma forma que otras, dependientes del propio tipo de desarrollo de la medicina, como **el énfasis en los servicios hospitalarios**, la valorización de los **servicios especializados** más vinculados al consumo de tecnología y el consumo abusivo de los medios diagnóstico-terapéuticos. Otra característica fuertemente inductora de distorsiones y que merece ser destacada es la modalidad de **remuneración** de los servicios privados contratados, pagos **por producción**, induciendo a la producción (real o fraudulenta) de los actos más lucrativos; que, aliada a la falta de control por parte del sector público contratante, en un verdadero sinergismo de intereses espúreos, llevó al alto grado de irregularidades y **corrupción** del sector.

Esa situación creó la realidad de la expansión y de la alta dependencia del sector privado hospitalario poco diferenciado tecnológicamente, que comprende más del 70% de las camas hospitalarias, en las manos de un sector empresarial sin ética, predador y no competitivo, del cual el sector público pasó a ser rehén.

⁵ Oliveira, J. y Fleury, S. (IM)Asistencia Social - 60 años de historia de la Asistencia Social en el Brasil, Ed. vozes, RJ, 1986.

Al sector público, especialmente hospitales universitarios y de enseñanza, le ha correspondido la oferta de los servicios más diferenciados, de mayor resolutivez, dependientes directamente de la inversión pública. A fines de la década del 70 e inicios de los '80, la inviabilidad económica del modelo y su insostenibilidad social, en el contexto de la recesión y de la quiebra del régimen militar, llevaron al enfrentamiento de propuestas sobre su reorientación y/o ajuste. En ese sentido, se pueden identificar tres tendencias que no tuvieron hasta hoy una resolución definitiva, en términos de hegemonía, aunque sean nítidas las tendencias y sus perspectivas.

Así se presentaba por un lado el sector privado contratado/por convenio, aspirando a más recursos para alimentar su insaciable voracidad; por otro, un emergente sector empresarial más moderno y competitivo, disputando el derecho de ser opción a la atención pública, mediante subsidios; y, finalmente, el movimiento de reorientación del sector basado en una nueva racionalidad del sector público, representado por la Reforma Sanitaria, con su proyecto de Sistema Único. Si por un lado el proceso de redemocratización del país creó condiciones para la realización de la 8ª Conferencia Nacional de la Salud y para la inclusión de sus recomendaciones principales en el nuevo texto constitucional y en los instrumentos legales que siguieron, creando un nuevo nivel jurídico-legal y hasta técnico para la implantación del SUS, los demás actores no desaparecieron de escena y continúan actuando de acuerdo con estrategias particulares. Los primeros, valiéndose de las prácticas clientelistas aún prevalecientes, actuando por medio del Legislativo y del propio Ejecutivo, dificultando el avance de las directrices de la descentralización y del ejercicio del control social directo, continuando a polarizar la captación de recursos para ese subsector e impidiendo la reorientación de los mismos para otros niveles del sistema. En la otra punta, el segmento "moderno" (seguros-salud), aprovechando el vacío y el deterioro del sector público (estatal y privado contratado), pasa a absorber una tajada importante del mercado (cerca del 20% de la población), desbancando, de cierta forma, el pleito de los usuarios más organizados, por ese tipo de cobertura; y llevando a la presión, por medio de sus representantes en el parlamento, por la institucionalización de la modalidad, mediante renunciás en la recaudación de las contribuciones sociales y subsidios directos e indirectos. No se puede desvalorizar, como apoyo y refuerzo para ese tipo de propuesta, el soporte que los sectores del área económica del gobierno y muchos análisis de organismos internacionales, con la ostentación de experiencias de otros países, hacen en cuanto a la necesidad de adecuación de los modelos de asistencia médica a las políticas de ajuste económico pretendidas. No hay duda que la consolidación y viabilidad de la propuesta de la Reforma Sanitaria y del SUS dependen fundamentalmente de los rumbos que el país tomará en relación al alineamiento económico internacional. Todavía, existen otros elementos que deben ser considerados en la perspectiva de la implementación del proyecto y que, si están, en gran medida, relacionados con la afirmación anterior, pueden tener un papel crítico y decisivo en su direccionalidad y pueden ser explorados en sus contradicciones y potencialidades. Es el caso de la propia reforma del Estado, con sus implicaciones en relación a la gestión pública, a la descentralización y a las relaciones público/privadas; la cuestión de las prioridades gubernamentales reflejadas en el financiamiento sectorial; la discusión del paradigma asistencial y de la reorientación de las prácticas sanitarias; las cuestiones de la ideología profesional y del corporativismo; y las funciones y responsabilidades del aparato formador de recursos humanos para la salud, entre otros.

Sin duda, la cuestión más central es la del paradigma asistencial, dado su arraigamiento cultural y su sustentación económica, representada por la medicalización, que supone sus varias implicaciones,

en términos de consumo de tecnología e insumos. Considerado como inductor de la "medicina científica", el Informe Flexner⁶ tal vez pueda ser considerado una de las propuestas más exitosas de reorganización sectorial que se conozca en este siglo. Aunque se haya dirigido hacia la reformulación y modernización de la enseñanza médica, la organicidad de la propuesta con las transformaciones emergentes del capitalismo industrial y monopolista de comienzos de siglo, cumplió un sólido y definitivo papel en la transformación de la práctica médica, conformando, según Kelman⁷, el propio "sistema médico del capital monopolista".

Mendes⁸ enuncia las características ideológicas del modelo flexneriano (el paradigma clínico), como:

- **Mecanicismo**
- **Biologicismo**
- **Individualismo**
- **Especialismo**
- **Tecnificación del acto médico**
- **Énfasis en la medicina curativa**
- **Exclusión de las prácticas alternativas**

Dando pues base "científica" y tecnológica para la práctica médica, engendró un movimiento ideológico y estructural de reformas que alcanzó a todo el mundo occidental, inclusive a los países de economía socialista en ese momento, alcanzando, especialmente en la postguerra, a los países periféricos, independientemente de sus niveles de desarrollo económico, pero ya entonces, plenamente insertos en la lógica única del centro/periferia. A pesar de su cuestionamiento ya desde su nacimiento, como puede ser observado en el Informe Dawson elaborado en Inglaterra en 1920 y que señala caminos mucho más cercanos al que se está definiendo hoy como paradigma sanitario, que al clínico o flexneriano⁹.

Exitoso desde el punto de vista de la organicidad económica y cultural (el principio por excelencia de la tecnología) que otorgó al sector de asistencia médica, no resiste a los análisis en cuanto a su

⁶ Flexner, A. Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá, Fundación Carnegie para Mejoramiento de la Educación, 1910

⁷ in: Mendes, E.V. La Evolución Histórica de la Práctica Médica; sus implicaciones en la enseñanza, en la investigación y en la tecnología médicas. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984, p.34.

⁸ M e n d e s , E . V . , o p . p . 3 1

⁹ Ministerio de Salud de Gran Bretaña. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920, Washington, OPS/OMS, Publ.Cient. n° 93, 1964.

efectividad, eficacia y eficiencia, conforme numerosos estudios que comprueban el aumento asustador de los gastos de salud sin mejoras correspondientes al nivel de la salud de la población. Esos análisis y críticas al modelo no son de hoy. El propio movimiento de la medicina integral y de la medicina preventiva es resultante del enfrentamiento del problema de la alta especialización y de costos ya detectado antes de la 2ª guerra en los propios Estados Unidos y que resultó en una tentativa de solución por la vía ideológico-pedagógica. En realidad, acabó por legitimar el propio modelo, agregando al mismo los decantados niveles de prevención primaria y secundaria derivados de la "historia natural de la enfermedad" de Levell y Clark.

Ahora, siendo imposible no reconocer el formidable avance científico y tecnológico que ese camino proporcionó, y también inevitable que se reconozca la absoluta incompatibilidad del modelo asistencial que favoreció, con una concepción de salud como la de la Reforma Sanitaria brasileña, así como la necesaria racionalidad de la organización del sistema y aún más, con las necesidades prioritarias de salud de la población.

Aunque ese paradigma sea aún hegemónico en la mayor parte de los países del mundo (con excepción de China por su dimensión poblacional), no hay duda de que existe un movimiento bastante expresivo de su cuestionamiento, llevando, como mínimo, a la construcción de modelos más racionales y eficaces, especialmente en países europeos, en contraposición al paroxismo encontrado en los Estados Unidos. Y eso no se da solamente por una búsqueda de eficiencia sectorial, sino, principalmente, por la incorporación creciente de valores relacionados con la mejora de la calidad de vida.

De esta forma, no es absolutamente ir contra una tendencia inexorable, desear y proponer la construcción, en la realidad concreta de un país, de un nuevo paradigma de atención a la salud basado en la real científicidad del proceso salud/enfermedad que indica un camino totalmente contrario al recorrido hasta entonces. Para ello es necesario conquistar la base social, política y técnica para el proyecto, lo que sólo se hará (y si tiene efecto) en la ejercitación concreta del mismo, a partir de sus presupuestos jurídico-legales y en las condiciones objetivas de cada realidad local. La estrategia de implantación de los distritos sanitarios, conforme la definición de Mendes¹⁰, se ha mostrado como el camino más promisor para el propósito. Según el autor, los principales elementos ideológicos de ese paradigma sanitario, justamente en oposición a aquel clínico o flexneriano son:

- **Globalidad.** El sujeto de la práctica sanitaria es visto como una unidad bio-psico-social.
- **Determinación social del proceso salud-enfermedad.** El biologismo restringido no es negado sino superado por la incorporación de variables socioeconómicas que son las determinantes del proceso salud-enfermedad.
- **Colectivismo.** Se rescata la naturaleza colectiva de los sujetos de la práctica sanitaria sin que eso implique el desconocimiento de sus dimensiones individuales.

¹⁰ Mendes, E.V. El Proceso Social de Distritalización en la Salud, in: Mendes, E.V. (org.) Distrito Sanitario - El proceso social de cambio de las prácticas sanitarias del Sistema Único de Salud, HUCITEC/ABRASCO, San Pablo/Río de Janeiro, 1993.

- **Equilibrio en el conocimiento general/especializado.** Se establecen, en los diversos niveles jerárquicos de la práctica sanitaria, una distribución de saberes generales y especializados, de forma equilibrada.
- **Inclusión de prácticas alternativas.** Se valorizan las prácticas alternativas eficaces y se establece la deliberación entre los discursos de salud popular y oficial.
- **Uso de tecnología adecuada.** Se utiliza la tecnología adecuada, o sea la que presenta en su nivel de complejidad, eficacia y costo social mínimo. O sea, la tecnología adecuada puede ser simple o compleja.
- **Integralidad de la atención.** Se recompone la integralidad de las acciones promocionales, preventivas, curativas y rehabilitadoras."

En su perspectiva organizativo-asistencial, los principales elementos estructurales del modelo, serían:¹¹

- **Impacto** (sobre el nivel de salud de la población abarcada)
- **Orientación por problemas**
- **Intersectorialidad**
- **Planeamiento y programación local**
- **Autoridad sanitaria local** (consecuencia del proceso de descentralización - autonomía decisoria importante sobre la administración estratégica local)
- **Co-responsabilidad** (o participación social)
- **Jerarquización**
- **Intercomplementariedad** (entre los niveles del sistema)
- **Integralidad**
- **Circunscripción** (de la población al distrito y a los servicios)
- **Heterogeneidad** (reconocimiento de la permanente posibilidad de abordajes y soluciones alternativas)
- **Realidad** (o realismo - a partir de las necesidades y recursos existentes, sin precondiciones inviabilizadoras).

En fin, un modelo asistencial con expresiones específicas a nivel local, científico y racional, profundamente comprometido con las necesidades de la población de aquella área, que tenga sus prácticas sanitarias reorganizadas de manera a ecuacionar con eficacia, calidad y dignidad los

problemas de salud prioritarios y con cuyos servicios básicos la población se identifique y se involucre.

De esa forma, éste constituye el gran desafío: transformar el sistema prevaleciente en otro basado en la doctrina de la Reforma Sanitaria, mediante el proyecto del SUS y la estrategia de los Distritos Sanitarios, basándose en otro paradigma de atención a la salud.

Todavía, de carácter eminentemente público (financiado por recursos públicos y dirigido a la cobertura universal de la población), aunque integrado por los sectores estatal y privado lucrativo o no, contratados o por convenio por el SUS, ese modelo supone una nueva concepción del Estado, al mismo tiempo que su proceso de construcción e implantación puede y debe ser un instrumento de esa transformación.

Las necesidades de reforma del Estado en el área de la salud se manifiestan principalmente en tres dimensiones principales e interdependientes: la recuperación de su función pública, la descentralización y la participación de la población en el control de la formulación y de la ejecución de las políticas correspondientes.

Así, el SUS, con su poder (constitucional y legal) normativo y fiscalizador sobre el conjunto de las acciones de salud, debe actuar para que las acciones y servicios ejecutados con recursos públicos actúen sobre la misma lógica del interés público. Los servicios privados contratados o por convenio deben actuar, ante la población, como si fuesen públicos. De la misma manera, los servicios estatales tendrán que ser ejemplares y disociados de los intereses particulares que se apropiaron, a lo largo de los años, del patrimonio público. Por otro lado, el reconocimiento de la libertad de ejercicio de la actividad privada "liberal" (sin el concurso de recursos públicos) en salud no debe estar eximida del cumplimiento de normas y requisitos que aseguren la calidad, la ética y la economía popular (hoy, la principal queja ante los órganos de defensa del consumidor son referentes a los planos privados de salud).

Por otro lado, la cuestión de la eficiencia de la gestión pública, en términos de obtener impacto con eficiencia es otra condición de la recuperación de la función pública del Estado. Para ello, es necesario la búsqueda permanente de nuevas estrategias de gestión que estén siempre legitimadas por la decisión conjunta de sus actores, en cada realidad concreta: gestores, profesionales y usuarios. Una de las dificultades para que prosperen esas iniciativas es la práctica institucional corporativa, acostumbrada a la irresponsabilidad administrativa y a la falta de compromiso con la solución de problemas concretos, siempre remitida a instancias "superiores".

La descentralización, entendida en su dimensión política, debe ser efectivizada de modo que la toma de decisión esté lo más próxima posible del acontecer de la situación, lo que significa la necesidad de una profunda redistribución de poder entre las tres esferas de gobierno, debiendo alcanzar el nivel más local de la prestación de servicios.

Eso significa la necesidad de una radical redefinición de las funciones federales en salud, que deberá actuar preponderantemente en la regulación, en la cooperación técnica con estados y municipios, en el financiamiento y en el monitoreo de la efectividad de los principios y directrices del SUS (que garantice su **unidad**), por medio de un sistema de informaciones inteligente, ágil y eficaz que se ocupe de los aspectos epidemiológicos y de prestación de servicios.

Es imperioso que la descentralización no se reduzca a la municipalización, tanto por la diversidad de las realidades municipales que suponen estrategias intermunicipales y submunicipales, como por el papel imprescindible de los gobiernos estatales de asegurar la unidad regional al SUS¹², inclusive, ejercer actividades supletorias o de carácter regional. Lo importante es que los límites político-administrativos no impidan la funcionalidad de la red de servicios y el acceso de la población a todos los niveles de atención necesarios.

La participación de la población en el control de la formulación y de la ejecución de las políticas de salud en todos los niveles, desde el federal hasta el local, es la condición previa indispensable para asegurar la pertinencia, la oportunidad, la eficacia y la eficiencia de las decisiones y medidas a ser implementadas. En ese sentido, además de las instancias tradicionales de control hechos a nivel de democracia representativa (o poder legislativo), es necesario que se optimicen otras, como el Ministerio Público y los órganos de defensa del consumidor. Mientras tanto, el propio SUS dispone, en su concepción y estructura legales, del instrumento que ha sido el principal motor de su democratización, que son los Consejos de Salud, con representación paritaria de usuarios y de otros segmentos, con poder deliberativo. De su efectividad depende en gran medida la posibilidad de avance del SUS y de la Reforma Sanitaria. Quiere decir que esa es la experiencia más innovadora y que ha sido ejemplar, en el ámbito de la reformulación de las políticas públicas postconstituyente, a pesar de todas sus insuficiencias en cuanto a la representatividad, el clientelismo de que aún son víctimas y su expresión numérica que abarca aún poco más de 1/4 de los municipios (aunque la población abarcada sea expresivamente mayor).

El otro punto de estrangulamiento en el avance del proyecto, ya mencionado aquí, es la cuestión del financiamiento que acostumbra resumirse en **gastar poco y mal**.

Los desafíos en relación a esa cuestión son fundamentalmente en cuanto a la necesidad y posibilidad de expansión del gasto público en salud y a los mecanismos de reparto de las responsabilidades del financiamiento entre las tres esferas del gobierno.

Hay un gran consenso sobre la absoluta insuficiencia del actual gasto público que ha estado, en los últimos años, siempre por debajo del 4% del PBI, representando un gasto per cápita en el año 1993 de cerca de 65 dólares (tenido como su nivel más bajo), lo que significó algo como 2,5% del PBI¹², siendo que alrededor del 70% corresponden a recursos federales. Históricamente los gastos privados han correspondido al 30% de los gastos públicos, sin demostrar capacidad de expansión significativa, aun con la realidad nada despreciable de los seguros-salud.

Dichos números, frente a otras realidades nacionales parecen absolutamente inadecuados a las necesidades y posibilidades del país. Los estudios económicos indican la viabilidad de poder elevar, a mediano plazo (tiempo de un gobierno), el nivel de gastos públicos a 8% del PBI, lo que significaría hoy, cerca de 220 dólares per cápita¹³.

¹² Entre otras fuentes: Clarice Melamed et al, *Financiamiento en Salud en Brasil - 1988-1992: Nuevos Problemas y Proposiciones*, Revista Salud en Debate, n°41, diciembre, 1993.

¹³ Frente Brasil Popular por la Ciudadanía, *Los Compromisos del Frente Brasil Popular con la Salud y la Vida: "Brasil está Enfermo: El Gobierno Lula y el Remedio"*, Agosto, 1994.

Decisión de orden exclusivamente política, hay fuertes elementos para pensar que el actual gobierno (especialmente su área económica) invierta en esa contradicción, con la finalidad de reabrir la discusión sobre el propio SUS, conforme ya fue comentado.

Con relación a los mecanismos de reparto y distribución de los recursos públicos, hay, en el momento, un claro incumplimiento de la ley, con estrangulamiento de la posibilidad de que los niveles municipales y estatales puedan ejecutar los recursos que les corresponden en esa responsabilidad, habiendo cantidad de estudios y experiencias que apuntan a la viabilidad de optimizar ese proceso¹⁴.

Sin embargo, hay un desafío importante a ser ecuacionado, ejercitado y superado, que es el relativo a la forma de repasar entre los diferentes niveles de gobierno, basado hoy en la producción y que ha llevado al sector público a las mismas distorsiones observadas en el sector privado, derivadas de esa modalidad de repaso. Hay fuertes resistencias, tanto de los financiadores como de las instituciones que reciben el recurso, ya acostumbradas a esa lógica de "compra y venta", altamente perversa para las pretendidas relaciones de asociación y solidaridad entre las varias instancias de gobierno.

De cualquier manera, el país aún padece una efectiva reforma tributaria y fiscal que da consecuencia a la descentralización pretendida. Tema de los más estudiados en el ámbito del SUS, la cuestión del financiamiento tiene su ecuacionamiento directamente relacionado con la cuestión de las prioridades gubernamentales.

Sin embargo, debemos aún considerar un pilar extremadamente frágil en ese proceso, representado por las prácticas profesionales, por el conjunto de ideas profesionales y por el proceso de formación profesional, asentados sobre una absolutamente inadecuada estructura de incorporación de la fuerza de trabajo.

4. Los desafíos para la práctica médica y para la educación médica

Este trabajo no pretende hacer un análisis profundo de las cuestiones relativas a los recursos humanos en la salud, sino solamente hacer un levantamiento de las cuestiones que, en ese ámbito, presentan dificultades y puntos de estrangulamiento o insuficiencias para el avance de la propuesta de la Reforma Sanitaria y del SUS; especialmente con relación a los aspectos que representan desafíos y suponen una reflexión de la propia categoría médica y, particularmente, de su aparato formador, con vistas a una mayor organicidad con el proceso.

Como punto de partida, sin embargo, es inevitable que se trace un dibujo de los actuales cuadros relativos a la fuerza de trabajo profesional, al mercado de trabajo en el sector y a la enseñanza médica para, en un segundo momento, discutir las cuestiones relativas a las necesidades de reorganización de las prácticas respectivas.

¹⁴ Entre varios, se destaca el documento del propio Ministerio de Salud: "La osadía de cumplir y hacer cumplir la Ley - Descentralizando las acciones y los servicios de la salud", 1992.

Al discutir ese tema es imposible no hacer referencia al carácter precursor del trabajo de Donnangelo en 1972¹⁵ que hace, por primera vez, un análisis profundo del mercado de trabajo de los médicos en San Pablo, discutiendo su dinámica y señalando sus tendencias, así como sus bases ideológicas. Se destacan allí las cuestiones relativas al creciente desempeño asalariado de los médicos y a la emergencia del empresariado médico, en sustitución a la tradicional y casi residual práctica médica típicamente liberal, pero coexistiendo paradójicamente con una ideología médica aún típicamente liberal, aspirando a la autonomía, revelando las intensas contradicciones en el interior de las prácticas corporativas.

Diez años después, analizando la dinámica del mercado de trabajo en la salud en el país, Nogueira¹⁶ confirma esas tendencias, contextualizándolas en el conjunto de otras profesiones de la salud. Ya incorporando los cambios que sucedieron en el período en relación a las propias políticas de salud que efectivaron el modelo médico-empresarial que expandió el mercado a costas, básicamente, del crecimiento de la medicina asistencial privatista, se pudieron detectar entonces las siguientes grandes características:

- Crecimiento significativamente mayor de la fuerza de trabajo en la salud -FTS, comparativamente con el crecimiento de la población económicamente activa- PEA.
- Gran polarización, en el "equipo de la salud", entre los profesionales médicos y los de nivel elemental (asistentes de enfermería), que juntos forman más del 40% del personal de la salud, con una enorme desproporción entre los profesionales formados y la apertura de nuevos empleos para el personal de enfermería de nivel superior, fenómeno verificado en sentido contrario en relación a los médicos, que tuvieron más puestos de trabajo nuevos que el número de profesionales graduados; distorsión agravada si se toma en cuenta la diferencia entre los sectores público y privado (en este último, mayor).
- Feminización y rejuvenecimiento de la FTS.
- Concentración de médicos en las regiones Sur y Sudeste (73,3%) con relación a la región Nordeste (19,2%), con referencia a las respectivas poblaciones (59,4% y 29,3%).

Mantenidas las tendencias, la fuerza de trabajo médica en actividad en el país corresponde a poco más de 160.000 profesionales, lo que significa una relación de cerca de un médico para menos de 1.000 habitantes¹⁷.

Por otro lado, los bajos salarios pagos, tanto en el sector privado como en el público, llevando al multi-empleo, han comprometido de forma importante la motivación y la posibilidad de dedicación del profesional a su menester. Según Medici¹⁸, a partir de estudios hechos por empresa de consultoría en 1991, los salarios pagos por los hospitales privados en San Pablo eran entre 40 y 52%

¹⁵ Donnangelo, M.C.F. Medicina y Sociedad: el médico y su mercado de trabajo, San Pablo, Pioneira, 1975.

¹⁶ Nogueira, R.P., Dinámica del Mercado de Trabajo de la Salud en el Brasil, 1970-1983, Brasilia, OPS, 1986.

¹⁷ Datos divulgados por NERHUS/DAPS/ENSP/Fundación Oswaldo Cruz, 1993.

¹⁸ Medici, A.C., Mercado de trabajo en Salud en el Brasil: Desafíos para los Años Noventa, in: Cuadernos RII salud, Año 1, V.1, N.3 (1993), II Conferencia Nacional de Recursos Humanos para la Salud, Brasilia, MS, 1993.

inferiores a los registrados en otras profesiones de grado similar de conocimientos o requisitos técnicos en otros segmentos del mercado. En el sector público se ha verificado, seguidamente, la no ocupación de las vacantes en concursos por el bajo nivel salarial ofrecido.

Como consecuencia, se observa una tendencia que aparentemente podría ser confundida con una "vuelta" a la medicina liberal, que es la proliferación de consultorios médicos y sus convenios con la medicina suplementaria (seguros), en una tentativa de composición de ingreso, casi siempre junto con uno o varios empleos públicos. Por otra parte, soluciones del tipo microempresarial para la organización del trabajo médico, parecen también estar siendo uno de los caminos, tanto en el sector público como en relación al privado (tercerización).

El mismo autor relata también, a partir de otros estudios, el surgimiento de un mercado aparentemente promisorio para médicos y otros profesionales, en los servicios públicos de municipios de pequeño y mediano porte, de algunos estados.

Mientras tanto, ese mercado está constituido básicamente de puestos de trabajo en las áreas básicas, especialmente clínica médica, cirugía general, pediatría y obstetricia, especialidades para las cuales no hay mucha demanda, si no está asociada a una subespecialidad. Han habido concursos para esas áreas que no han conseguido ni siquiera candidatos, especialmente para la clínica médica. De la misma forma que ciertas especialidades, como anestesiología, hacen un verdadero boicot al servicio público, no inscribiéndose en los concursos y "forzando" a la tercerización, mediante la contratación de "equipos/grupos privados" de la especialidad.

Desde el punto de vista de la enseñanza médica, las tendencias se han mantenido más o menos estables, luego del período de expansión de las escuelas médicas en los años 60' y 70'. Hoy existen en el país 78 cursos de medicina que gradúan cerca de 7.000 (siete mil) médicos por año, según un estudio reciente hecho por el Ministerio de Salud¹⁹. Ese número corresponde al 34% del total de los graduados en las profesiones de la salud en el país, proporción que se ha mantenido constante en los últimos años. Aunque se viene produciendo una ligera disminución en el número de graduados, observada con variaciones entre las diferentes regiones, llama la atención, por comparación, lo que sucede con la formación superior de enfermería: con 102 cursos, se formaron en 1990 solamente 3.230 enfermeros; a pesar del crecimiento de la oferta del número de vacantes en los cursos y del aumento de la demanda, la evasión o alejamiento es enorme, graduándose solamente cerca del 50% de los alumnos matriculados.

En realidad, esos números y otros a los que se puede tener acceso²⁰, revelan una total adherencia del proceso formador a las tendencias observadas con relación al mercado de trabajo antes descrito, reflejando todas las distorsiones y no señalando ningún movimiento de reorientación cuantitativa o distributiva, sea en relación a las regiones o entre las profesiones de la salud.

Es interesante, sin embargo, que a pesar de las dificultades ya señaladas para el mercado de trabajo para médicos, con sus salarios humillantes y los límites económicos para la expansión de la

¹⁹ Cuadernos RH salud, Año 1, V.1, N2 (1993) Formación Superior en Salud: tendencias de graduación en el período 1985-1991. Brasília, Ministerio de Salud, 1993.

²⁰ ver el trabajo antes mencionado, entre otros.

medicina privada, la medicina continúa siendo en Brasil una de las profesiones más buscadas por los estudiantes universitarios, sólo compitiendo hoy en día con derecho e informática, de mercados altamente promisoros.

Frente a todas estas paradojas, se puede constatar fácilmente que la categoría médica, tanto con relación a su mercado de trabajo potencial, como a su formación, se encuentra frente a algunos dilemas y desafíos importantes y decisivos para su futuro a mediano y largo plazos y en realidad, del propio SUS.

¿Cuál es el nivel de adhesión de la categoría al proyecto de la Reforma Sanitaria y del SUS?

Una investigación que está comenzando a desarrollar el Consejo Federal de Medicina en articulación con la Fundación Oswaldo Cruz y el Ministerio de Salud sobre la práctica médica en el país, podrá, en algunos meses, dar respuestas más objetivas a esa pregunta. Sin embargo, es posible, desde ahora, identificar algunas cuestiones.

Si por un lado el movimiento médico ha sido bastante activo y ha tenido un peso significativo en las luchas por la transformación del sistema de salud brasileño, participando de todos sus momentos, desde la Constituyente hasta la aprobación de la Ley Orgánica de la Salud y de las disputas con el gobierno para la implementación del SUS, ese no es un proceso sin tensiones, distensiones y hasta mismo rupturas. En realidad, es el único punto que siempre une la categoría y la lucha por mayores recursos para el sector y por mejores salarios.

En la práctica, se puede verificar un gran distanciamiento entre los discursos de los liderazgos médicos a nivel regional y nacional y los de nivel local, cuando en la mayoría de las veces ni siquiera el proyecto del SUS está claro para estos. Y, entre las entidades de nivel nacional, aunque hay muchos puntos de convergencia, hay también nítidas divergencias, cuando los temas incluyen el corporativismo, el ejercicio "liberal" o privado de la profesión y las cuestiones éticas.

O sea que parece haber un progresivo rompimiento de los vínculos de intereses entre los servidores (trabajadores de la salud) y los usuarios, reflejado en la falta de compromiso con la calidad y dignidad en la atención, llegando hasta el límite de la falta de asistencia, en las situaciones polémicas de las huelgas en emergencias, entre tantas otras situaciones.

La reconstrucción de una alianza solidaria entre profesionales y usuarios exige que esta se pauté sobre una ética de la salud como función pública. Eso significa no operacionalizar la lógica de la exclusión social que penaliza a los más penalizados, retira el acceso a la asistencia a los que menos tienen acceso a ellas y distribuye asistencia de baja calidad y paliativa a los que presentan las peores condiciones de salud y de vida.

Las reconocidas pésimas condiciones de trabajo de los profesionales de la salud, que deben marcar la pauta para la implementación del SUS, no pueden nunca justificar la falta de compromiso con la atención de la población²¹.

²¹ CEBES- Centro Brasileño de Estudios de Salud, Carta de la Salud: Por una Reforma Sanitaria Contra la Exclusión Social y por la Dignidad de la Vida Humana, presentada al IV Congreso Brasileño de la Salud Colectiva, Recife, junio 1994.

De esa forma, para los segmentos de la categoría médica que se identifican con el proyecto de la Reforma Sanitaria y del SUS, el camino que se presenta es el de la celebración de una sólida alianza con el segmento de los usuarios, en la construcción de una nueva ética de responsabilidad, de solidaridad y de calidad en torno a los servicios de la salud, que refleje la comprensión de la salud como una función pública.

Si, mientras tanto, a nivel de la práctica médica, se pueden identificar todas esas contradicciones, parece que en el "mundo" del aparato formador, la homogeneidad es mayor. Setenta años después de Flexner, ya en los 80', las Escuelas Médicas en el Brasil consolidaron su modelo de curriculum y de práctica, asentado sobre los Hospitales Universitarios y de Enseñanza, consolidados por una política de financiamiento diferenciado de la Seguridad Social que les permitió ocupar con exclusividad un nivel de atención médica que corresponde a cerca del 2% de la atención de la población, con un consumo de cerca del 30% de los recursos públicos totales asignados a la salud²².

Con las variaciones y concentraciones regionales correspondientes, los hospitales de las escuelas de medicina (especialmente las públicas) pasaron, pues, a representar en cada local la posibilidad de acceso a tecnología más diferenciada que los demás servicios del SUS no detentan.

De esa forma, el deterioro del conjunto de los servicios públicos, en el contexto del desfinanciamiento ya discutido, aliada a la aspiración (inducida) de consumo de tecnología de la población y a la perspectiva profesional abusivamente tecnificada, crearon la ilusión perversa y circular de la necesidad de preservación del modelo, como única posibilidad de una medicina de calidad. Con eso, comenzaron a suceder una serie de mecanismos de estratificación del acceso a esos servicios, inclusive con celebración de convenios, con pago directo a los médicos, "caja 2", etc., siempre bajo el alegato de que el acceso diferenciado y selectivo de algunos favorecería el acceso de todos a la misma tecnología.

No es sin razón que durante el proceso de discusión y aprobación de la Ley Orgánica de la Salud, uno de los segmentos que se organizó para enfrentar (con éxito) la propuesta de una cogestión de los hospitales universitarios entre las universidades y las Secretarías de Salud fue el de los directores de esos hospitales, aliados al Ministerio de Educación; y que hoy, como consecuencia, uno de las pautas del movimiento por la implementación de la Reforma Sanitaria sea la integración de los hospitales universitarios al SUS.

Esto es, la homogeneidad a la que nos referíamos, se refiere a la falta de organicidad de la escuela médica con el proyecto de la Reforma Sanitaria y del SUS, aún considerando su origen doctrinario en los departamentos de medicina preventiva de los años 70 y la adhesión parcial de grupos de docentes al mismo (no necesariamente los del área de la salud pública o de la medicina social y preventiva).

No existe hoy en el país una escuela médica que tenga por campo de aprendizaje el conjunto de los servicios de la salud de la región en donde se inserta.

²² Mendes, E.V., Las Políticas de Salud en el Brasil en los Años 80: La Conformación de la Reforma Sanitaria y la Construcción de la hegemonía del Proyecto Neoliberal, in: Mendes, E.V.(org.), op.cit.

Los únicos proyectos que hoy se conocen que pretenden apuntar a la dirección contraria, son los PRO-UNI apoyados por la Fundación Kellogg, que -a diferencia de los proyectos IDA -Integración Docente-Asistencial, de los años 70, conducidos por la universidad- incluyen como socios a los usuarios y a los servicios de salud del área. No se conoce ninguna iniciativa de un proyecto conjunto entre escuela médica y SUS, en el sentido de enfrentar las distorsiones del mercado de trabajo y responder a las necesidades emergentes, a corto y mediano plazos.

De esa forma, si **para la práctica médica, el principal desafío es reconstruir su proyecto de desarrollo y realización profesional** en articulación con los intereses de los usuarios de sus servicios, **para la educación médica el desafío es recomponer su objeto**, en términos de conocimiento y capacitación profesional que permitan la intervención positiva sobre el proceso salud/enfermedad.

La recomposición de ese objeto, en la perspectiva del paradigma aquí llamado sanitario, en superación al paradigma clínico-flexneriano es un proceso largo y que es al mismo tiempo objetivo y estrategia de la implantación de la Reforma Sanitaria, estando pues articulado con todo el proceso de forma recurrente. Es necesario así que se identifiquen los puntos críticos que pueden ser facilitadores del mismo, aunque eso pueda parecer un dilema del tipo "huevo y gallina".

De cualquier forma, ese es un proceso de aproximaciones sucesivas que envuelve el juego de diversos actores con pesos diferentes en cada momento, debiéndose invertir en sus respectivas potencialidades, posibilidades, fragilidades y vulnerabilidades.

Hoy existe una gran distorsión en el entendimiento de lo que debe ser la integración de la universidad con el SUS. Normalmente, se resume el "lado" universidad al hospital universitario y, cuando mucho, a la escuela médica. Manteniéndose ese interlocutor, sabidamente el más arraigado a las concepciones conservadoras sobre el sistema de salud, la situación tiende a polarizarse. Así, es esencial que la universidad asuma, en conjunto, su papel de interlocutora del SUS, envolviendo sectores del conocimiento, disciplinas y profesiones, así como reconociendo que su principal potencialidad de colaborar en la construcción de la Reforma Sanitaria no es por el lado de los servicios sino de la enseñanza y de la investigación.

Es pues esencial que la Universidad, especialmente su área de salud (no apenas médica y mucho menos asistencial) discuta y defina un proyecto para su inserción en el proceso de construcción de la Reforma Sanitaria y del SUS; no como una "colaboración" al SUS, sino como parte de su menester de contribuir para la mejoría de calidad de vida, así como subsidiar los procesos gerenciales del poder público en busca de la eficiencia y eficacia de las políticas públicas en todos los campos, pero particularmente en el de las políticas sociales.

Esa agenda no puede dejar de incluir, al lado de la ya discutida recomposición del objeto de la propia medicina y de la enseñanza médica, algunos otros puntos, como:

- producción de ciencia y tecnología relevante para el proceso de la Reforma Sanitaria; en el caso de la tecnología, no apenas la "de punta" o la "dura", sino fundamentalmente la de proceso, con vistas a la evaluación de impacto, uso racional de equipos, eficiencia, gestión, etc.;

- redefinición gradual de los contenidos y de las prácticas y métodos de enseñanza/aprendizaje, a partir de las necesidades que se vayan redefiniendo como resultado de una aproximación con la realidad "real" de los servicios de salud; incluyendo ahí tanto la clínica como la salud pública (que también padece de las mismas distorsiones);
- redefinición del papel docente, como "regente" o administrador de disciplinas y no como única fuente del conocimiento a ser transmitido, especialmente en la perspectiva de que la enseñanza se base en varias situaciones de práctica con sus actores respectivos;
- superación del hospital universitario como único y/o principal campo de entrenamiento durante el período de graduación, exponiendo a los alumnos a las situaciones reales con las que se enfrentará en su realidad profesional, transformando el SUS en un verdadero sistema de salud-escuela;
- redefinición del papel y de las funciones que el hospital universitario debe tener en la red regionalizada y jerarquizada en donde actúa, abandonando la perspectiva de "resumir" en su ambiente todos los niveles de atención (mejor dicho, los tipos de atención);
- participación como sociedad solidaria y crítica en los niveles de decisión del SUS (Consejos de Salud, reivindicando esa participación en la condición de órgano "formador" y no de prestación de servicios);
- participación en el proceso de educación continuada - actualización, reciclaje, titulación, etc., del personal de salud de todos los niveles y no solamente del personal de nivel superior (explorando su función "extensión"), así como la promoción de la educación popular, mediante los varios instrumentos de comunicación que dispone.

5. Conclusiones

La universidad no tiene el poder de transformar el sistema de salud, como tampoco de promover ningún cambio estructural en la organización social y económica.

Todavía, puede actuar en el sentido de colaborar para su **conservación** o para su **transformación**, mediante su liderazgo y la legitimación técnico-científica que puede dar al proceso.

En el caso del Brasil, esa transformación podrá aún ser orgánica con el proyecto de la Reforma Sanitaria o con otro cualquiera - neoliberal, privatista, estatizante, etc., según los intereses que están representados en su espacio institucional.

En nuestra opinión, esa direccionalidad será dada en la medida de la permeabilidad de la universidad al control social y de su democratización interna. Si la autonomía universitaria es valor a ser preservado como garantía de la protección de la libertad de ejercicio del pensamiento crítico y creativo, esa misma autonomía no puede ser invocada para un no involucramiento con el proceso de transformaciones sociales que vive el país, llevando a la posibilidad de que pueda decirse de la

universidad que la misma "se ha vuelto un excepcional mundo alcista, produciendo alcistas acreditados para actuar no sabemos bien en donde!", conforme afirma Buarque²³.

²³ Buarque, C. Pequeño Diccionario de la Crisis Universitaria, Florianópolis, Ed. UFSC, 1992.

ANEXO

Características Demográficas y Socio-económicas del Brasil

(Texto transcrito del trabajo: "Equidad y Reforma Sanitaria: Brasil" - Anexo 1, de S. Fleury y M. Mandelli, presentado en la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública/ALAESP - Rio, agosto/94).

Brasil tiene una población estimada para 1994 en 150 millones de habitantes, ocupando un área de 8,5 millones de km². Eso lo hace constar en el "ranking" mundial como el 5º país en extensión y población y el mayor en América Latina.

Con un Producto Bruto Interno que varía entre 380 y 400 mil millones de dólares y una renta per capita de alrededor de US\$2.600,00, es la octava economía del mundo.

La excesiva concentración de esa riqueza y su mala distribución, tanto espacial como por estratos sociales, explica en gran parte las pésimas condiciones de vida y salud de la gran mayoría de la población, lo que hace que en las estadísticas sociales, Brasil se presente al lado de los países de menor desarrollo económico.

Las regiones sur y sudeste del Brasil concentran 57% de la población, siendo que el porcentaje restante se divide entre las regiones Norte (7%), Nordeste (29%) y Centro-oeste (6,5%). Son 27 estados federados con casi 5.000 municipios, más de 90% de ellos con población por debajo de 50.000 habitantes, concentrando apenas 30% de la población. De esta forma, menos del 10% de los municipios concentran el 61% de la población global, siendo que casi la mitad de ese porcentaje vive en las 9 principales regiones metropolitanas del país.

Los procesos migratorios que fueron una marca del perfil poblacional de los años 80 están estabilizados, indicando probablemente el fin de un ciclo marcado por una fuerte atracción migratoria sobretudo para la Región Sudeste. El crecimiento populacional permanece con una tendencia a la baja. De 3% entre 1950/60, cayó para 2,5 entre 1970/80 y para menos de 2% entre 1980/90, se estima para el periodo 1990-2000 un aumento medio anual de 1,4%.

La misma tendencia de caída sucede con la tasa de natalidad, que de 44,4 nacimientos por mil habitantes entre 1940/50, cayó a 43,2 entre 1959/60, a 39,7 entre 1960/70, a 33 entre 1970/80 y a 27 entre 1980/90.

La tasa de fecundidad que, durante el período 1940/60 permaneció prácticamente estable, comenzó a declinar en la década de los 70 y se ha acentuado con el pasar de los años. En 1991, por ejemplo, ya era 50% inferior a la del período 1940/60, habiendo pasado de 6 a 2,8 hijos por mujer.

Como consecuencia de esas tendencias se observó un incremento relativo en la población de personas de edad, pero que no llega a alterar el perfil predominantemente joven de la población, con 35% situándose en la faja hasta 15 años de edad.

Según el PNUD (1992), el Brasil presenta uno de los peores niveles de distribución de renta entre todos los países del mundo. La renta per capita de los 20% más ricos es 26 veces más alta que la de los 20% más pobres. Entre las regiones brasileñas, el Nordeste, precisamente la más pobre, es la que presenta mayor concentración de renta del país.

Datos de 1990 señalaban que 45% de la población brasileña, cerca de 65 millones de personas, vivían por debajo de la línea de pobreza, ganando entre US\$28,00 y 32,00 per cápita/mes. De estos, más de 34 millones se encontraban en situación de indigencia, ganando menos de US\$16,00, lo que significa que en 1990 de cada 10 brasileños, 4,4 eran pobres y de estos, 2,3 indigentes.

La tendencia de concentración es de aumento. Si en 1981 el 50% más rico detentaba 86,6% de la renta, en 1990 ese porcentaje alcanzó 89,6%. En el mismo periodo, el 10% más rico aumentó el porcentaje de apropiación de 46,6 para 53,2, haciendo que el índice de Gini pasase de 0,564 para 0,630, un valor extremadamente elevado para los patrones internacionales (Sabóis, 1993).

La población económicamente activa (PEA) sigue aumentando - actualmente es de 63 millones, "con nivel de desempleo variable pero enmascarado por la alta informalidad de la economía, calculada a veces en cerca de 50%" (modificado por este autor).

La tasa de analfabetismo se sitúa en torno del 20% de la población, presentando desigualdades regionales y sociales significativas: 40% en el nordeste, contra 12% en las regiones sur y sudeste y 38,2% en las áreas rurales, contra 14,1% en áreas urbanas. Infelizmente, aún hoy en el Brasil, diferentes categorías de renta y de color reflejan diferentes índices de analfabetismo. Datos de AEB, 1991, señalan que los índices de analfabetismo son 2,5 veces más elevados entre negros y pardos.

Las pésimas condiciones habitacionales y sanitarias contribuyen para la reducción de la calidad de vida y de los niveles de salud. En 1989, cerca del 27,5% de los municipios no tenían acceso a agua potable (ese porcentaje se eleva para 48,7% en el Nordeste); 55% de las residencias no tenían saneamiento adecuado y 37% no recibían ningún servicio en la recolección de basura.

También el acceso al saneamiento está condicionado por el nivel del ingreso. Según el IBGE (1989), de los domicilios con ingreso de hasta 1 salario mínimo (actualmente US\$70,00) apenas 37% poseían abastecimiento de agua, 18,6% saneamiento y 25% recolección de basura adecuada. Esos números se elevan a 73,7%, 54,4% o 59,7% en los domicilios de 2 a 5 salarios mínimos y para más de 90%, en los tres servicios, en aquellos domicilios con más de 20 salarios.

Esos indicadores demográficos y socioeconómicos son en gran parte responsables por las condiciones y niveles de salud de la población brasileña que reflejan, por sus indicadores, las desigualdades regionales y socioeconómicas del Brasil.

Existen deficiencias conceptuales y metodológicas en la construcción de los indicadores de salud, observándose el subregistro, la escasez o inexistencia de algunos datos y aun la inconsistencia de otros. Asimismo, reflejan una situación de salud que se caracteriza como de transición epidemiológica en que coexisten problemas de salud típicos de subdesarrollo (diarreas, enfermedades infecciosas y parasitarias, etc.) con problemas especialmente enfrentados por los países más desarrollados, tales como la violencia y las enfermedades crónico degenerativas.

La **esperanza de vida** se incrementó en las últimas décadas, pasando de 42,7 años en los años 40, a 52,6 años en la década del 70 y a 60,1 en los años 80, gracias, principalmente a la disminución de la mortalidad de los menores de 5 años (AEB, 1991). En 1991, según datos del Banco Mundial,

la esperanza de vida ya alcanzó 66 años, pero la desigualdad permanecía grande entre las regiones, llegando a alcanzar 26,3 años entre Río Grande del Sur y Paraíba.

Ese aumento se debe principalmente a la considerable reducción, tanto de la **mortalidad general**, como también de la **mortalidad de menores de 5 años**. Mientras tanto, en todas las regiones, pero principalmente en el norte y nordeste, principales focos de pobreza, se encuentra aún una gran cantidad de muertes en el primer año de vida.

El cuadro de la **mortalidad proporcional** se alteró con el significativo aumento, en la década, de las causas externas (accidentes, homicidios y muertes violentas en general), que pasaron a ocupar el segundo lugar entre las causas de muerte conocidas para toda la población y el primer lugar en la faja etaria de los 5 a 44 años, en la cual son responsables por la mitad de las defunciones.

Las principales causas de defunción en el país entre 1979 y 1988 fueron, por orden que permanece inalterada desde 1982: la enfermedad cerebrovascular (aumento del 33%); la enfermedad de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (aumento del 26,8%); el infarto agudo del miocardio (aumento del 52,1%) y las neumonías, cuyo número de defunciones permaneció inalterado, lo que significa que proporcionalmente disminuyó. A continuación, en 5º lugar, vienen las defunciones por accidentes con vehículos automotores, que ocupaban la 7ª posición en 1979, con un aumento del 34,2% en el número de muertes; e inmediatamente después los homicidios que no aparecían en 1979 en la lista de las diez principales causas de defunción, y que aumentaron cerca de 68% en el periodo. Es interesante resaltar la caída importante en el número de defunciones por infecciones intestinales, que cayó del 3er. lugar, en 1979, para el 8º lugar en 1988.

La elevada presencia de "señales y síntomas mal definidos" (cerca de 20%) entre las causas de muerte indica la baja calidad de los servicios de salud en el país y el aún deficiente sistema de registro e informaciones.

La **mortalidad infantil** viene declinando en el país, aunque la velocidad de este declinación se haya reducido en la década del 80 (Simões, 1992). De la misma forma, la reducción de este indicador es considerablemente menor en las regiones más pobres, de tal forma que los diferenciales de mortalidad infantil entre las regiones están más acentuados ahora que hace dos o tres décadas. El coeficiente de mortalidad infantil del Brasil se situó entre 1985 y 1989 en la faja de 59,7 por mil, con índice de 54,9 por mil en los domicilios urbanos y 71,3 por mil en los domicilios rurales y varió regionalmente entre 90,0 por mil en el nordeste y 36,2 por mil en la región sur (Simões, 1992).

Cuando se toma la categoría ingreso mensual familiar per capita, las desigualdades se vuelven espectacularmente más evidentes. Según Simões (1992), mientras en el estrato hasta 1 salario mínimo per capita la mortalidad infantil se sitúa alrededor de 75 por mil, en el de más de 1 salario mínimo cae a más de la mitad, 35,3 por mil.

Al introducir un factor ambiental (saneamiento básico), la combinación perversa entre bajo nivel de ingreso y malas condiciones habitacionales (y de vida en general) aparece flagrantemente: las tasas de mortalidad infantil, en términos nacionales, varían de 26,5 por mil en los estratos de ingreso de más de 1 salario mínimo per cápita y condiciones adecuadas de saneamiento, a 86,4 por

mil en aquellos grupos con ingreso por debajo de 1 salario mínimo y saneamiento inadecuado, en este caso alcanzando índices de hasta 97,2 por mil en el nordeste.

Estas mismas desigualdades se repiten cuando se aborda la **cuestión nutricional**. Según el INAN, el 30,7% de los niños brasileños de 0 a 5 años presentan algún tipo de desnutrición, proporción que es mucho mayor en las áreas rurales (41,6%), que en las áreas urbanas del país (25,7%). Además de eso, la desnutrición incide pesadamente en los grupos sociales de ingreso más bajo (ingreso familiar per cápita de hasta 1/2 salario mínimo): en el 35% de los niños que viven en estas familias se encuentra el 51% de los casos de desnutrición detectados (IBGE/INAN, 1990).

Relacionando la **morbilidad hospitalar**, se tiene que, para un total de 13,5 millones de internaciones financiadas por el SUS en el transcurso del año 1991, 22,9% fueron para partos y causas obstétricas directas, siguiendo las enfermedades respiratorias (15,4%), las enfermedades del aparato circulatorio (10,9%) y las enfermedades infectoparasitarias (8,9%).

La serie histórica 1984-1991 de internaciones hospitalarias según grupos de causas (CENEPE, 1992) muestra que las internaciones crecieron 51,3% para un crecimiento poblacional de cerca de 15%. El orden de clasificación se mantuvo inalterado a lo largo del período, correspondiendo a aquella observada en 1991 y ya mencionada arriba.

En la década del 80 se verificó un declinación importante de las enfermedades inmunoprevenibles en el país, fruto del exitoso programa de inmunizaciones realizado por el sistema público de salud que obtuvo niveles importantes de cobertura de vacunaciones. Sólo para ejemplificar, se puede mencionar la tos convulsa, con reducción del 88,7% de los casos entre 1989 y 1991; la difteria, con reducción del 88,8%; el sarampión, con reducción del 58,2% de los casos; el tétanos, que se redujo en cerca del 48%; y la poliomielitis, prácticamente erradicada, pues los últimos casos registrados son de 1989 (CENEPI, 1992).

Permanecen, mientras tanto, situaciones críticas del punto de vista sanitario: más de 530 mil casos de malaria que se registran anualmente en el país expresan de manera inequívoca todas las contradicciones del desarrollo de la región amazónica (Sabroza et al, 1992); la reintroducción del mosquito-vector del dengue, las epidemias de esta enfermedad (más de 1 millón de casos registrados a mediados de la década pasada) y su endemización (Carneiro, 1992); la presencia considerable de meningitis meningocócica, desde las epidemias de la década del 70 (Barata, 1988); la reintroducción del cólera en el país, con la notificación de cerca de 32 mil casos sólo en 1992 (CENEPI, 1993); la elevada incidencia de tuberculosis, con cerca de 80 mil nuevos casos anuales (CENEPI, 1992) y la permanencia de altas tasas de incidencia anual de hanseniasis, con más de 19,8 casos por 100 mil habitantes y una prevalencia de más de 200 mil casos (CENEPI, 1992).

El SIDA se ha constituido en un grave problema sanitario en el país, con 28.455 casos notificados y una tasa de incidencia acumulada de 21,4 casos por 100 mil habitantes, en junio de 1992. En 1990, el Brasil poseía el mayor número de casos entre los países de América Latina y ocupaba la tercera posición en términos mundiales (Castilho et al, 1992).

LECCIONES APRENDIDAS DEL DEBATE SOBRE LA REFORMA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LOS ESTADOS UNIDOS QUE SON APLICABLES A LA EDUCACION MEDICA¹

Fitzhugh Mullan

En los Estados Unidos se acaban de presenciar dos años de intenso debate acerca de su sistema de asistencia sanitaria. El debate nació a raíz del compromiso del Presidente Clinton de reformar el sistema de asistencia sanitaria del país para brindar cobertura universal, controlar los costos y asegurar la calidad continua de la asistencia. El debate comenzó casi inmediatamente después de la toma de posesión del Presidente Clinton, en enero de 1993, y ha continuado hasta el momento. Las discusiones iniciales se concentraron en un Grupo de Trabajo de unos 500 expertos reunidos por el Presidente bajo el liderazgo de Hillary Clinton, con miras a diseñar una ley universal para modificar la totalidad del sistema de asistencia sanitaria del país. La legislación fue presentada formalmente al Congreso y al público en el otoño de 1993 y desde entonces ha sido objeto de acalorados debates en el Congreso.

Para este momento ya ha quedado claro que el Congreso de los Estados Unidos no va a aprobar un plan de reforma de la asistencia sanitaria este año. Los principales aspectos de desacuerdo han sido la forma de financiar el costo creciente de la cobertura universal. Al no haberse logrado acuerdo, y en vista de la amenaza del Presidente de vetar cualquier plan que no implique cobertura universal, el período de sesiones del Congreso está llegando a su fin sin que se haya aprobado la ley de reforma de la asistencia sanitaria.

Resulta difícil saber hacia dónde irá el debate de aquí en adelante. Los problemas de acceso y de costos que han captado la atención de políticos y planificadores del país en los últimos dos años no van a desaparecer y es probable que en futuras sesiones del Congreso se presenten proyectos de ley importantes relativos a la asistencia sanitaria. Por el momento, sin embargo, no nos resta más que examinar cuáles han sido las repercusiones del debate sobre la reforma y qué lecciones pueden aprenderse de él.

Desde el principio la educación médica de pregrado y de postgrado ha formado parte de estas discusiones. Todos los participantes en el debate nacional estuvieron de acuerdo en que la magnitud y la composición de la fuerza laboral médica es un factor que tiene mucho peso en el acceso, el costo y la calidad de los servicios. En especial, la educación médica de postgrado fue un tema sometido a un análisis detallado y ello por dos razones. La primera de ellas es que esta educación recibe importantes sumas en subsidios del Gobierno Federal y la segunda, es que ésta es la ruta

¹Ponencia presentada ante la XVI Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina
12 de octubre de 1994

común que conduce a los graduados en escuelas de medicina de los Estados Unidos y del exterior al ejercicio de la profesión en este país.

Con miras a entender el papel que desempeña la educación médica en el debate de la reforma, debemos examinar las tendencias históricas, las actuales y las proyectadas en la fuerza laboral médica en los Estados Unidos (Figura 1). Antes de 1960, la proporción entre los médicos y la población en los estados Unidos se situaba en aproximadamente 150 médicos por cada 100.000 habitantes. Durante los años sesenta y setenta, los fondos y la legislación federal buscaban aumentar el número de escuelas de medicina, así como el tamaño de las clases, con el resultado de que los graduados pasaron de unos 8.000 en 1965 a casi 17.000 en 1980. El efecto ha sido un crecimiento constante en la proporción de médicos con respecto a la población, que actualmente es de 250 por 100.000 habitantes y se prevé que pase a 270 por 100.000 para el año 2020.

A pesar del crecimiento substancial en el número de médicos, la cantidad de ellos que se dedican a la atención primaria (médicos de familia, internistas generalistas y pediatras generalistas) no ha aumentado de manera significativa (Figura 2). En realidad, la proporción especialista/generalista, que se mantuvo aproximadamente en 50/50 en el año 1961, hoy en día se ha reducido mucho y han aumentado los especialistas, y se estima que unas dos terceras partes de los médicos estadounidenses practican especialidades de asistencia no primaria (Figura 3). Este perfil de los especialistas contrasta con la mayoría de los países industrializados, donde aproximadamente un 50 por ciento de los profesionales de la medicina practican la atención primaria y en especial con el Reino Unido, donde los generalistas comprenden 70 por ciento de la población de médicos. La proporción general entre los médicos y la población en los Estados Unidos actualmente es casi equivalente al promedio de los países de la OCDE (Figura 4); pero, en vista de la tendencia ascendente, a comienzos del siglo XXI se hallará entre las más altas. Los Estados Unidos cuentan con 142 escuelas de medicina alopática y osteopática (la formación osteopática es prácticamente idéntica a la alopática pero con cursos en manipulación; las actividades de acreditación y certificación para las escuelas y los estudiantes de osteopatía son paralelas o, en algunos casos, idénticas a las de las instituciones y los estudiantes de la medicina alopática). Ochenta y seis de las escuelas de medicina de los Estados Unidos están financiadas por el sector público, mientras que 61 son privadas. Anualmente se matriculan unos 19.000 estudiantes y de ellos se gradúan unos 17.000 cuatro años más tarde. La educación médica de postgrado está todavía mucho más dispersa, con 7.000 programas acreditados que se imparten en 1.500 hospitales docentes en todo el país. Se reconocen 26 áreas de especialización además de 54 áreas de subespecialidad. Hay unos 100.000 médicos en cursos de postgrado, 23 por ciento de ellos son egresados de escuelas de medicina situadas fuera de los Estados Unidos. Históricamente, unas dos terceras partes de este último grupo siguen ejerciendo en los Estados Unidos y forman parte del 21 por ciento de médicos que ejercen la profesión en los Estados Unidos y han egresado de escuelas de medicina de otros países.

Estas cifras y tendencias han regido el debate relativo a la reforma de la educación médica en los Estados Unidos. ¿Está la formación médica produciendo el número suficiente de médicos, la combinación adecuada de especialistas y médicos de atención primaria, la distribución geográfica correcta de los médicos y una fuerza laboral de médicos que represente realmente a la población de los Estados Unidos? En opinión de la mayoría de los analistas, las respuestas a estas preguntas son todas negativas.

Entidades nacionales como el Consejo sobre Educación Médica de Postgrado y la Comisión de revisión de los honorarios médicos han llegado a conclusiones similares. En general puede decirse que las inquietudes relativas al consenso sobre la fuerza laboral de los médicos son las siguientes:

Falta de políticas nacionales

No hay orientaciones de política nacionales definidas para la fuerza laboral de médicos que sirvan para informar y enmarcar las políticas y el financiamiento en la educación médica.

Una combinación inapropiada de las especialidades

El hecho de que dos terceras partes de los médicos en ejercicio sean especialistas y las preferencias de los estudiantes de medicina parecen indicar un grado aún mayor en la tendencia hacia la especialización, lo cual constituye un grave obstáculo para la prestación de servicios eficaces en función de los costos en el país. Muchas comunidades e individuos son incapaces de localizar médicos de atención primaria y el modelo de ejercicio profesional de los especialistas contribuye al costo incontrolable de la asistencia sanitaria en los Estados Unidos.

Formación de demasiados médicos

El crecimiento continuo en el número de médicos estadounidenses y de la proporción de médicos con respecto a la población tiene pocas repercusiones en la mejora de los servicios para las zonas urbanas y rurales mal atendidas y, en opinión de la mayoría de los analistas, ello contribuirá a aumentar más los costos de la atención médica con pocos beneficios para la salud de la población.

Insuficiente participación de las minorías en la medicina

Más de 4.000 zonas que abarcan la mayoría del territorio de los Estados Unidos se han designado formalmente como áreas que presentan escasez de fuerza laboral en el ámbito de la salud. El número de dichas comunidades en realidad ha aumentado en los últimos años. Esto plantea serios problemas de asistencia sanitaria para sectores considerables de la población.

Políticas sobre la fuerza laboral nacional de médicos coordinada con el público

Las reformas en la educación médica tienen que apoyarse en un marco conceptual que haya sido objeto de consideración detallada de parte de los sectores público y privado, profesional y comunitario y en torno al cual puedan generarse acuerdos generales. A falta de esta visión política diversificada, otras inversiones en la educación médica pueden resultar contraproducentes e inflacionarias.

Comisión de la fuerza laboral de los médicos nacionales

La mayoría de los analistas y críticos de la situación actual consideran que el establecimiento de una comisión nacional sobre la fuerza laboral vinculada al financiamiento y a las políticas del gobierno federal sería un foro importante para concebir una política nacional. Esta comisión puede también desempeñar un papel primordial

en la asignación de recursos en la educación médica, la educación continua y la planificación de la fuerza laboral.

Graduar a cincuenta por ciento de los médicos en el ejercicio profesional de la atención médica

A pesar de que no existe un modelo sencillo para proyectar el número "correcto" de médicos para los Estados Unidos, la mayor parte de los analistas de la fuerza laboral, basados en la experiencia internacional, así como en los patrones de contratación de las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) de los Estados Unidos, estiman que por lo menos 50 por ciento de la fuerza laboral de médicos debería estar formada por facultativos de atención primaria. Con esta finalidad, la mayoría de los grupos que debaten sobre este tema han fijado una meta de 50 por ciento de graduados en atención primaria egresados de la educación médica de postgrado. Si bien harán falta algunos años para alcanzar en la práctica ese 50 por ciento si esta estrategia es la única reforma del sistema orientada a la atención primaria de salud, se estima que dicha meta es un cambio fundamental de orientación para las escuelas de medicina y los hospitales docentes que además, impulsada por los incentivos del mercado que favorecen el ejercicio de la atención primaria, conducirá a una forma más equilibrada del ejercicio profesional en los Estados Unidos.

Adiestrar a no más del 10 por ciento de los graduados en medicina en los Estados Unidos.

Actualmente los Estados Unidos prepara entre 20 y 30 por ciento más de médicos a nivel de postgrado que a nivel de pregrado. Limitando el adiestramiento de postgrado a 10 por ciento más que los graduados en escuelas de medicina de los Estados Unidos, las escuelas médicas de este país reducirían el aumento de la proporción de médicos con respecto a la población y en cierta medida permitirían el adiestramiento continuo de médicos de fuera de los Estados Unidos.

Sistema de asignaciones para educación médica de postgrado (EMP) administrado por el gobierno federal.

Adiestrar al 50 por ciento de los médicos en atención primaria y limitar el número total a 110 por ciento de los graduados en medicina de los Estados Unidos exigiría la creación de un sistema de asignaciones para determinar tanto las cantidades como la distribución por especialidades entre los programas de adiestramiento y dentro de las regiones. Este sistema debe ser concebido y administrado por el gobierno federal.

Todos los que pagan el seguro de salud contribuyen con los costos de la educación médica de postgrado.

Actualmente, el gobierno federal por medio del programa Medicare brinda considerable apoyo a los hospitales docentes en cuanto a sueldos de los pasantes y todos los gastos afines. Los contribuyentes diferentes de los de Medicare, como los de Medicaid y los asegurados por compañías privadas no hacen contribuciones tan claras a los costos de la EMP. Un sistema "en el que todos paguen", con un gravamen para la educación médica de postgrado que recaería sobre todos los fondos gastados en

asistencia sanitaria, suministraría una fuente segura de ingresos que luego podría utilizarse para financiar el sistema reformado.

Aumento de los incentivos para las minorías

Las oportunidades de cursos de recuperación, los incentivos al desarrollo profesional y el financiamiento deberían estar al alcance de los niveles de estudios anteriores a los de medicina propiamente dichos, tanto de pregrado como de postgrado, para acelerar el ingreso de las minorías en el adiestramiento y el ejercicio de la medicina.

Aumento de los incentivos para el ejercicio profesional en zonas con insuficiencia de médicos.

Los programas vinculados a becas, la amortización de créditos y las diferencias en los sueldos tienen que mantenerse y aumentarse para fomentar la distribución de los médicos hacia zonas que tradicionalmente han estado insuficientemente atendidas.

LECCIONES

Durante los últimos dos años se ha asistido a prolongados debates sobre estas estrategias en publicaciones sometidas a arbitraje editorial, escuelas de medicina, programas de residencia, reuniones de sociedades profesionales, comisiones nacionales y, en ocasiones, en *The New York Times* y *The Washington Post*. Sin embargo, el debate considerado retrospectivamente ha involucrado a líderes en educación médica, del ejercicio profesional, del gobierno y del público y se han logrado numerosas perspectivas que este observador considera que pueden ser útiles para un público internacional.

Estas "lecciones" derivadas del proceso de introspección de la reforma de la asistencia sanitaria se fundamentan por supuesto en la experiencia estadounidense, pero sin duda tienen pertinencia para otros países si se tiene en cuenta la relación entre sus sistemas educativos y su comunidad de profesionales de la medicina.

Estas "lecciones" serían las siguientes:

Inversiones públicas en educación médica

Prácticamente en toda sociedad hay una parte considerable de financiamiento del sector público destinada a la formación de los médicos. En los Estados Unidos todas las escuelas de medicina reciben cierto grado de apoyo estatal para cubrir sus costos básicos de funcionamiento. Las escuelas de medicina patrocinadas por un estado tienen el mayor nivel de apoyo, por lo que el costo de la matrícula se reduce bastante gracias a los subsidios aportados por los respectivos gobiernos estatales. El gobierno federal suministra un apoyo modesto a la educación médica en general por intermedio del financiamiento a la investigación biomédica. Más importante aún es la parte substancial del financiamiento (6 mil millones de dólares en 1994) aportada a los hospitales docentes por Medicare para los costos relacionados con la educación médica de postgrado.

¿Cuánto costará a la sociedad la formación de un médico en el futuro?

Varios estudios relativos a los gastos de los médicos y afines en los Estados Unidos sugiere que un número mayor de médicos genera un costo mayor en el gasto de la asistencia sanitaria. Las leyes normales de la oferta y la demanda, que tienden a controlar el costo de un servicio si éste es abundante, parecen funcionar menos eficazmente en el caso de los médicos que desempeñan una función considerable en la generación de su propia demanda. Este fenómeno es particularmente cierto en los sistemas de cobro por cada servicio prestado, donde son pocos los incentivos para reducir los gastos médicos. Por lo tanto, el tamaño de la futura fuerza laboral en medicina tendrá influencia en los costos previstos para el sistema médico y una planificación prudente puede suscitar estrategias que permitan que el número de médicos esté acorde con las metas de acceso a los servicios y al mismo tiempo con las capacidades fiscales.

Educación médica de pregrado frente a educación médica de postgrado

La mayoría de los educadores médicos se encuentran ubicados a uno u otro lado de la gran barrera entre la educación de pregrado y la de postgrado. Cuando ellos hablan de "sus egresados" o de "sus graduados", tienden a referirse solamente a la parte que les corresponde en el proceso continuo de la educación. Desde la perspectiva de la sociedad, el médico de postgrado, por supuesto, es una combinación de ambas experiencias. La planificación de la educación, la formulación de los programas, la política pública y la elaboración de presupuestos tienen que hacerse en sentido global teniendo en cuenta la totalidad de la educación médica. Esto tiende a suceder menos frecuentemente de lo que debería.

Interacción entre el "mercado" de la educación y el "mercado" del ejercicio profesional

El concepto de fuerzas del mercado que influyen en el ejercicio profesional es bien conocido. Sin embargo, hay que considerar también que hay fuerzas del mercado que actúan sobre la formación de los médicos. Las necesidades de servicio, las exigencias en cuanto a especialidades y las formas de contratación de personal para los hospitales crean un "mercado" para los egresados de postgrado. Estos dos mercados no son necesariamente iguales. Por ejemplo, las necesidades de personal de un hospital quizás den preferencia a programas de adiestramiento de larga duración en ciertas especialidades donde el mercado del ejercicio profesional puede ser deficiente en cuanto a médicos de atención primaria. Es importante que los planificadores tomen en cuenta una evaluación de estos dos conjuntos de fuerzas y su disonancia potencial.

Orientación de los resultados

El examen de la educación médica por los organismos públicos tiende a hacer hincapié inexorablemente en el resultado y no el proceso de la educación. Este enfoque conceptual ha sido aumentado por los principios de administración de la calidad total que han pasado del sector de los servicios al sector de la educación. Los educadores y los programas educativos, vistos en este contexto, tienen que ser responsables del resultado de los procesos que supervisan. La selección por especialidad y ubicación geográfica, así como las aptitudes clínicas y la competencia cognitiva se ven como puntos de responsabilidad para la educación médica considerada en sus totalidad.

CONCLUSIONES

A pesar de que el debate sobre la reforma del sistema de asistencia sanitaria en los Estados Unidos no haya culminado en una nueva legislación, ha servido para obtener una visión importante de la relación entre la educación médica, por una parte, y las necesidades y expectativas del público, por

la otra. Esto probablemente va a producir cambios de largo plazo en nuestro enfoque de la educación médica sobre la base de las actividades de los educadores médicos y de los gobiernos estatales muy apartados de cualquier iniciativa legislativa futura a nivel federal. Estas actividades se verán afectadas por lo menos por dos de estas observaciones que han surgido del análisis de los últimos meses. La primera de ellas es que los médicos son un recurso nacional valioso y costoso. Existe una evidente necesidad de formular una política congruente para la fuerza laboral médica del país destinada a informar a los interesados del sector público y del privado cómo se toman las decisiones acerca de la educación médica de pre y de postgrado. El segundo principio es que los gobiernos de los estados y el gobierno federal dedican sumas importantes a la educación médica y que, por lo tanto, debe haber una coordinación entre ese financiamiento y las políticas públicas. Si no existe una política cuidadosa, deliberada, repetitiva en relación con la fuerza laboral y no se hacen inversiones prudentes de los fondos públicos en congruencia con esa política, es poco probable que pueda formarse una fuerza laboral médica que esté a tono con las necesidades de la población.

CUBA: EL RETO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA EFICIENCIA EN SALUD

José B. Jardines Méndez¹

¿REFLEXIÓN O DECISIÓN?

Durante el último decenio, como quizás en ningún otro, se ha abordado en nuestro continente y en el mundo el tema de la *Educación y la Práctica Médica*. Múltiples han sido las propuestas y aspiraciones sobre las que se ha reflexionado desde diferentes puntos de vista y contextos, e incluso muchas veces más, han sido las ocasiones en que hemos expresado consenso y compromiso sobre la necesidad del cambio.

Indudablemente son cada vez más los que están comprometidos en la lucha por la defensa del derecho a la vida y salud de sus pueblos, y los que se pronuncian por la necesidad de unir voluntades y esfuerzos en momentos en que las conquistas sociales obtenidas son amenazadas por la prolongada crisis económica y las políticas de ajuste que se aplican en muchos de los países de América Latina.

Afirmaciones como que la educación médica debe responder y comprometerse con las necesidades de salud de la población no admiten discusión; se trata de hacer lo necesario y en ese camino la voluntad política y el consenso social para hacer lo impostergable se ha hecho más que evidente en todas las tribunas a que hemos sido convocados en los últimos años.

Negar el valor y la necesidad de una profunda **reflexión**, aun insuficiente, sobre los problemas que hoy presentan los servicios de salud y el papel de la universidad, sería un gran error; pero quedarnos sólo en la evaluación y no enfrentar su solución con rapidez, sería imperdonable para nuestra generación, que como ninguna otra antes, vive tiempos de **compromiso y decisión**.

¿CAMBIOS SIN ACCIÓN?

Este noble empeño por lograr un nuevo orden en el campo de la salud presupone que la voluntad política, económica y social pueda ser movilizada hacia ese objetivo; sin embargo los hechos muestran que lo que aparece alcanzable se ha convertido hasta ahora, sólo en una posición de principios, apoyada cada vez más, pero con resultados concretos limitados.

¹ Viceministro de Salud, CUBA

En nuestro continente ha sido planteado, con carácter urgente, la obligación de que las facultades y escuelas de medicina definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser ante la sociedad y se concierten nuevas relaciones entre la universidad, los servicios de salud y la sociedad como un todo.

Es innegable que en la Declaración de Edimburgo/88, en las conclusiones de la Conferencia Integrada UDUAL/91 en La Habana, en los pronunciamientos de la Conferencia Panamericana de Educación Médica en Quito/93, en la Posición Latinoamericana y las 22 Recomendaciones de Edimburgo/93 y finalmente las 18 prioridades de la Primera Conferencia Global de Colaboración Internacional en Educación y Práctica Médica en Rockford/94, hay suficientes elementos y aportes para plantearnos un nuevo paradigma en nuestro continente; y en las condiciones particulares de cada país adoptar definitivamente las acciones que correspondan. No será tarea fácil y habrá que luchar en el contexto de la grave crisis económica que vivimos, con los intereses políticos, institucionales e individuales creados, que ven en estos cambios la pérdida de su liderazgo y poder.

Ahora, en este Encuentro Continental, de lo que se trata medularmente es el **cómo** hacerlo para que todos seamos parte comprometida en un objetivo superior a nosotros mismos y profundamente humano, como es la salud de nuestros pueblos y que rebasa cualquier otra prioridad particular, por muy importante que ella sea. Tal y como se expresó en La Habana, en la UDUAL/91 **"es necesario que la Universidad pase de una vez por todas del discurso a la acción, asumiendo su rol en el mejoramiento de la salud de la población"**.

HACIA UN CAMBIO EN LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCION Y ESTILOS DE DIRECCION EN SALUD

América Latina continúa en una crisis con dimensiones políticas, sociales y económicas que afecta a nuestros países (con manifestaciones particulares en cada caso) aumentando la inequidad y promoviendo el deterioro de la calidad de vida. Las consecuencias de políticas de choque, unidas a las carencias acumuladas se reflejan en el complejo perfil epidemiológico en que persisten y reaparecen enfermedades ya erradicadas.

Cuba no es una excepción a la grave situación económica de la mayoría de los países latinoamericanos, acentuada ahora con el recrudecimiento del bloqueo norteamericano y la pérdida de cerca del 85% de su comercio externo con la desaparición del campo socialista. Sin embargo, la alta prioridad que ha tenido en Cuba, a partir del triunfo de la Revolución, los campos de la salud y la educación, como derecho de todos y deber del Estado, crean condiciones favorables para enfrentar este gravísimo período que atenta contra los logros alcanzados en el campo de la salud.

Sin dudas, las principales fortalezas del sistema de salud cubano para enfrentar esta difícil situación pueden resumirse en el cumplimiento de las condiciones requeridas para lograr verdadera igualdad en salud:

- Sistema nacional, con política sanitaria única.
- Integralidad en las acciones de intervención y en el alcance de los servicios, privilegiando la atención primaria y las acciones de promoción y prevención.
- Accesibilidad universal y gratuita de toda la población.
- Evaluación sistemática.
- Participación activa de la comunidad y las organizaciones sociales.

En las actuales circunstancias, donde el nivel de recursos que se dispone ha sufrido una sensible afectación, el propio desarrollo alcanzado en estos años por el sistema de salud en cuanto a indicadores, organización, tecnología, infraestructura y recursos humanos, junto a debilidades que ahora se hacen más ostensibles como el alto nivel de gastos y centralización, están conllevando cambios en las estrategias de intervención y en los estilos de dirección en salud que se relacionan con importantes modificaciones en:

La población y su estado de salud
Los recursos humanos en salud
La atención médica y la calidad de los servicios de salud

Población y Estado de Salud

¿Qué repercusión ha tenido en el estado de salud de la población cubana esta grave crisis económica? es una pregunta que hoy se hace invariablemente.

Los principales cambios ocurridos en los niveles de salud cubanos en las últimas tres décadas son expresión de la voluntad política de la Revolución en la esfera social y en la transformación cualitativa del nivel de vida de sus ciudadanos. Hoy, sin embargo, ante tan grave situación económica, las posibilidades reales de mantener los recursos de que se disponía, indudablemente no puede ser igual y su repercusión sobre las condiciones de vida de la población es prácticamente inevitable y se hace presente en la reducción del transporte, energía eléctrica, dificultades con el agua, alimentos y medicamentos, entre otros aspectos que inciden directa o indirectamente en la salud de la población.

A pesar de estas carencias y dificultades presentes, en los últimos cuatro años, que implican un grado de deterioro del nivel de vida, los principales indicadores de mortalidad y morbilidad se mantienen en niveles altos, similares a países desarrollados; y aunque algunas enfermedades infecciosas tienen tendencia a incrementarse, las enfermedades no transmisibles y los accidentes constituyen las primeras causas de muerte.

INDICADORES	1990	1993
Mortalidad infantil	10.7	9.4
Mortalidad perinatal	14.6	13.8
% supervivencia a los 5 años	98.7	98.8
Mortalidad materna	3.2	2.6
Bajo peso al nacer	7.6	9.0
Esperanza de vida	75.2	76.1
Mortalidad 15-49 años	1.7	1.7
Mortalidad 50-64 años	9.1	8.9
Mortalidad 65 y más	52.0	55.7

Esta aparente contradicción, que pudiera atribuirse a la pobre sensibilidad de los indicadores de morbi-mortalidad para reflejar en corto plazo el impacto en la salud, puede comprenderse mejor al valorar el nivel de desarrollo del sistema de salud cubano; la amplia cobertura y consolidación del programa del médico y la enfermera de la familia; la reorganización y superior papel de la comunidad y sus líderes en la atención y educación en salud, unido al nivel educacional de la población, su activa participación en los programas sociales y de salud; así como la conciencia sanitaria que la población cubana ha alcanzado.

Esto altos niveles mantenidos en el estado de salud durante los últimos años, con una esperanza de vida por encima de los 76 años, da lugar a que la población cubana se haga más vieja y ya en 1993, el 8.7% de los cubanos tienen 65 o más años, lo cual junto a los problemas antes señalados, que afectan las condiciones de vida y la potencial aparición de enfermedades erradicadas, ha conllevado una decisiva prioridad y atención diferenciada a los grupos de riesgos de edades tempranas y avanzadas.

Todos estos factores, unidos al alto nivel de expectativas y exigencia que ha desarrollado la población hacia los servicios de salud que recibe, conforman en estos momentos un contexto muy particular para el sistema de salud, para sus recursos humanos y sus dirigentes.

Recursos Humanos en Salud

La problemática actual introduce un conjunto de dificultades que confieren una mayor complejidad al esfuerzo por dar continuidad al proyecto en salud. En este contexto, el sistema nacional, con importantes restricciones en recursos materiales, cuenta como nunca antes con un valioso recurso para enfrentar esta situación: **sus recursos humanos**. Un potencial de más de 300 000 trabajadores de la salud, altamente capacitados y con un elevado compromiso por mantener una de sus grandes conquistas sociales.

La prioridad estratégica que ha tenido la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud, posibilita hoy una situación excepcionalmente favorable al contar con un completamiento casi total de las necesidades proyectadas para el año 2000 en los diferentes niveles del sistema, en especial el nivel de atención primaria. Con una cobertura del 95% de la población atendida por el médico y enfermera de la familia, incluyendo el 100% de las zonas montañosas y rurales, las potencialidades del sistema para enfrentar los retos de la situación actual se hace realidad en la medida que se logre mayor motivación y eficiencia y uso racional de los recursos disponibles en momentos que es obligado disminuir los gastos y mejorar la calidad de la atención, a través de un mayor nivel de competencia y desempeño profesional.

Particular connotación tiene en estos momentos el cambio que se viene produciendo paulatinamente al lograrse que el 45% de los 55000 médicos existentes trabajan como médicos de familia en la atención primaria, y de ellos más del 60% son especialistas de Medicina General Integral (Generalistas) o están realizando su residencia en el mismo primer nivel de atención. Por ello en la medida que en los últimos años se ha completado la cobertura de profesionales y técnicos a partir de una planificación nacional, se han reducido los ingresos al pregrado y las facultades de ciencias médicas y politécnicos de la salud, se han potencializado con el postgrado, el cual junto a las investigaciones en salud, se convierten en espacios estratégicos del sistema de desarrollo de recursos humanos en salud en Cuba; considerando la educación médica como un continuum en el que se eliminan las brechas entre pregrado, especialización y educación permanente.

Atención médica y calidad de los servicios de salud

Es bien conocida la extensa red de instituciones atencionales, docentes y de investigaciones dotadas de importantes recursos tecnológicos médicos y no médicos; lo que junto a la aplicación efectiva de programas de salud que en los últimos años se organiza a partir de un fuerte Programa de Medicina Familiar, han posibilitado significativas transformaciones en la calidad de la atención médica. No obstante, la situación excepcional que hoy atraviesa la sociedad cubana está obligando a una necesaria redefinición y reordenamiento de objetivos, esfuerzos y acciones, concentrando nuestro potencial científico, tecnológico y humano en direcciones estratégicas para actuar prioritariamente en los siguientes **niveles de intervención**:

- Cambios en los estilos de vida (promoción)
- Control del medio ambiente y eliminación de factores de riesgo (prevención)
- Conservación de la vida; mediante el diagnóstico y tratamiento oportunos, en evitación de complicaciones y logrando compensación en las enfermedades crónicas (recuperación)
- Tratamiento de limitaciones y secuelas para su reducción o eliminación (rehabilitación)

Este proceso de cambios cualitativos en estrategias de intervención eficaces iniciado en 1992 con el programa Objetivos, Propósitos y Directrices para Incrementar la Salud de la Población Cubana hasta el año 2000 (OPD 2000) está dado fundamentalmente por una mayor profundización y prioridad a las acciones de promoción y prevención de salud y en la aplicación del enfoque clínico, epidemiológico y social en los análisis de la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad; a diferencia de etapas anteriores en que las acciones predominantes en el sistema fueron las curativas y preventivas específicas, acorde con la decisión de lograr accesibilidad y derecho a la salud a través de garantizar la equidad, la eficiencia y la eficacia del desempeño profesional en los servicios de salud.

En este sentido, los principales cambios que hoy se evidencian en la práctica médica y que impactan cada vez más a todo el sistema de salud y la propia educación médica cubana, están estrechamente ligados con la necesaria efectividad del gasto en salud y el desarrollo sostenido que se evidencia en la atención primaria donde:

I. Se consolida el programa del médico y la enfermera de la familia, como la piedra angular del sistema de salud y la atención primaria se convierte realmente en el nivel estratégico para la ejecución de las principales intervenciones en salud, requiriendo una eficiente, flexible y dinámica interrelación con el resto de los niveles de atención.

II. La concepción biológica de la medicina pierde terreno de manera sensible y su carácter social se hace cada vez más predominante, rebasando el marco individual y curativo, con mayor alcance en las acciones de promoción, prevención y rehabilitación con base comunitaria.

III. Se aprecia una mayor participación y autoresponsabilidad de la comunidad en el cuidado de salud; así como la participación intersectorial en el análisis y la solución de los problemas basada en la negociación y concertación con todos los actores del proceso en el cumplimiento de los objetivos trazados hacia el 2000.

IV. La atención primaria se va convirtiendo en el principal escenario de la vigilancia epidemiológica, de la promoción de salud, la prevención y el control de enfermedades, priorizando el control de los grupos de mayor riesgo; lo que nos permite enfrentar las limitaciones del segundo y tercer nivel; siendo apreciable la disminución de los ingresos hospitalarios y casos vistos en cuerpos de guardia; a la vez que aumenta la cirugía ambulatoria, las consultas en consultorios y policlínicos, así como los ingresos en el hogar.

V. Se observa un cambio hacia un nuevo estilo de gestión descentralizada, que precisa de mayor capacidad y agilidad, en la toma de decisiones y la participación de los diferentes factores sociales; que se sustenta en la utilización eficiente de los recursos materiales y financieros que dispone ahora el país.

VI. El desarrollo de un gran esfuerzo y tensión por parte de los recursos humanos, para mantener la calidad total de los servicios de salud sobre la base del compromiso social y su desempeño profesional.

VII. Se ha iniciado un proceso de desarrollo de actividades de atención médica, docentes, de producción de medicamentos, entre otros como vías de autofinanciamiento para la salud.

Educación Médica Cubana y su compromiso social

El hecho de que las facultades de ciencias médicas forman parte integrante del sistema único de salud cubano y que su claustro trabaja a dedicación total en los propios servicios crea condiciones que facilitan la integración de la universidad con la organización de salud. Pero a la vez las contradicciones y dificultades surgidas con el desarrollo de esta experiencia demuestran que la verdadera unidad de acción no se logra sólo con estructuras y niveles de subordinación, sino que va mucho más allá y requiere de una fuerte voluntad política y un alto compromiso de todos los factores intra y extra sectoriales que deben participar en el proceso de aseguramiento de la salud de la población.

En nuestra experiencia, para avanzar en este propósito y que la educación médica asuma verdaderamente sus nuevas funciones, acorde con los **cambios** necesarios en la práctica médica, ha sido decisivo en primer orden el perfeccionamiento de las relaciones internas de la universidad así como

de sus relaciones con la sociedad, partiendo del principio de la educación en el trabajo (aprender y perfeccionarse en los servicios de salud y en la comunidad) a través de **tres** grandes estrategias:

- **Fortalecimiento de espacios de trabajo comunes entre la universidad, los servicios y la comunidad** donde se materialicen las políticas y programas de salud y se posibilite una verdadera integración docente-atencional-investigativa (IDAI)
- **Identificación de acciones integradoras** que promuevan la participación de profesores y educandos que impacten la calidad de los servicios de salud y que propicien el trabajo en equipos multidisciplinarios.
- **Promover la motivación, el estímulo y la responsabilidad** de todos los actores comprometidos en el proceso, independientemente del grado de responsabilidad en las acciones.

En el contexto de los profundos cambios que vive hoy la sociedad cubana y en particular su sistema de salud, las universidades médicas se encuentran en una decisiva etapa de valoración y análisis, en momentos que no pueden contar como en años anteriores con una asignación privilegiada de recursos y medios materiales y en que la calidad, eficiencia y efectividad de sus acciones son tareas de primerísimo orden.

Nuestros principales espacios de trabajo, que integran a todos los factores y juegan un papel decisivo en los cambios cualitativos que se observan en la educación médica están en:

La atención primaria y la comunidad
El postgrado: especialización y educación permanente
La investigación y producción científica

Atención Primaria y comunidad

Con el desarrollo del programa del médico de la familia se están creando condiciones para un desplazamiento mayor de la formación de este profesional hacia la atención primaria, que aún sólo alcanza un 14,2% de las horas curriculares. Esto está posibilitando que el médico general básico se forme cada vez más en una concepción integral de la medicina, donde las ciencias sociales y socio médicas tienen un papel destacado y se privilegian los aspectos promocionales, profilácticos y socio psicológicos de las colectividades e individuos. No obstante, la lucha contra la concepción biologicista de la medicina que aún subsiste en muchos profesores junto al perfeccionamiento de la organización y control del proceso docente-atencional, son prioridades inaplazables en un claustro joven y justo cuando se impone un nuevo modelo que recién comienza a consolidarse.

En la medida que se fortalece la atención primaria, se observan cambios cualitativos en la organización del proceso docente-educativo y en el perfeccionamiento de los programas curriculares de pre y postgrado; no sólo en las disciplinas integradoras del ejercicio profesional, sino también en el resto de las disciplinas y estancias clínico-comunitarias y se aprecian avances en la concepción del claustro de la medicina como una ciencia socio-biológica.

El postgrado: especialización y educación permanente

El paso en los últimos años, de la educación postgraduada como responsabilidad de las facultades de ciencias médicas y su integración en sistema con el pregrado, ha constituido uno de los cambios más trascendentales y de mayor impacto para la educación médica y su integración con la organización de salud.

La formación de un especialista de atención primaria (generalista) a través de una residencia médica de tres años de duración que se desarrolla en y desde los diferentes puestos de trabajo: comunidad, centros escolares y laborales; con un perfil amplio e integral que da continuidad a una formación básica; y a partir de la cual en el futuro se formará el resto de las especialidades médicas es sin lugar a dudas una verdadera transformación cualitativa del postgrado que está promoviendo un nuevo modelo profesional que repercute sensiblemente en la calidad de la práctica y educación médicas en el primer nivel de atención de salud.

La implantación de un nuevo modelo de educación permanente, con experiencias positivas que ya se generalizan como es el caso de los Proyectos “Salto Cualitativo” y “Actualización de los Equipos de Dirección”, entre otros, trasciende las expectativas iniciales, por la riqueza de las acciones que generan y las respuestas que están logrando, en momentos que los cambios de estilo de dirección y la lucha por la calidad y eficiencia en salud requieren de la identificación y priorización de los problemas y necesidades, muchos de los cuales están relacionados con la capacitación de los recursos humanos, que deben ser resueltos a través de intervenciones educativas en los propios escenarios de trabajo, con la participación intra y extrasectorial de todos los factores.

La investigación y producción científica

En las actuales condiciones del país, la decisión de mantener y mejorar los logros de salud en Cuba, significa un reto histórico que requiere de una mayor eficiencia y calidad en las acciones de salud, a partir de aprovechar al máximo los recursos con que se cuenta y en particular su **potencial científico**. En este sentido en los últimos años la concepción de que no hay verdadera educación universitaria sin investigación científica cobra fuerza en las facultades de ciencias médicas y en los propios servicios de salud como elemento potencializador y la integración entre la educación y práctica médicas; partiéndose de la concepción de que lo más importante y decisivo no es aprender conocimientos, sino aprender el proceso para la producción de nuevos conocimientos y su aplicación en el quehacer profesional.

La incorporación de profesores en ciencias básicas biomédicas (anatomía, fisiología, farmacología, etc.) junto a clínicos, pediatras, obstetras y epidemiólogos, entre otros, en investigaciones priorizadas de los principales programas de salud, como han sido el programa materno infantil, el de medicina tradicional, la producción de anticuerpos monoclonales, y medios diagnósticos, por citar algunos ejemplos, ha sido una experiencia de inestimable valor no sólo para el desarrollo científico de las propias facultades, sino también por la integración que ha posibilitado con otras instituciones en el abordaje y solución de los principales problemas de salud del país y los territorios.

De esta experiencia hemos aprendido que la actividad científica en nuestros países no sólo requiere grandes recursos y tecnologías desarrolladas, sino en primer término necesita que responda a los problemas de la sociedad y se integre con la producción material y su calidad depende principalmente de los recursos humanos para la investigación y por ende de lo que seamos capaces de lograr durante su formación. En este orden de ideas, hay que considerar que la investigación científica en el nivel de atención primaria y en función de los principales programas de salud tiene carácter estratégico con el objetivo de lograr calidad y eficiencia en salud y como eje integrador de la educación y práctica médicas.

Acciones integrales y gestión de calidad

En los momentos actuales y enmarcados en lo fundamental en estos tres grandes espacios de trabajo: atención primaria, postgrado e investigaciones; las acciones integrales que de forma sistémica están generando un mayor impacto en la **gestión de calidad en la educación médica**, y

que responden e influyen a su vez en los cambios que se están produciendo en el sector de la salud son:

- **Planificación estratégica** de recursos humanos en salud
- **Acreditación docente** de instituciones de salud
- **Evaluación** de competencia y desempeño profesional
- **Formación Integral**.

El completamiento de la cobertura **planificada** de médicos y especialistas en los diferentes niveles del sistema en particular en la atención primaria, donde se están desarrollando las principales acciones de salud ha conllevado una disminución progresiva de los ingresos en pre y postgrado de las facultades. Este proceso en las difíciles condiciones actuales está exigiendo un análisis y revaloración del proceso selectivo para la admisión de estudiantes y residentes en formación, así como de las instituciones de salud **acreditadas** hasta ahora para la docencia en cuanto a:

- aumento de la exigencia en el ingreso, al elevarse significativamente el número de aspirantes por plazas en el pregrado y en la mayoría de las residencias médicas;
- mayor descentralización de las plazas a ofertar por municipios y territorios, para dar respuesta a necesidades cada vez más puntuales en determinadas áreas del país;
- revisión y mayor rigor en los requisitos exigidos a las instituciones de salud acreditadas para la educación en el trabajo, priorizando la selección en la atención primaria de aquellas con condiciones para las estancias de pregrado y la residencia de medicina general integral;
- acreditación y preparación de instituciones y servicios con vistas a desarrollar actividades docentes de pre y postgrado internacionales que puedan significar ingresos para las facultades y las propias instituciones de salud.

El reto a que está sometido el sistema de salud cubano está exigiendo y, la educación médica está priorizando la evaluación de la competencia y el desempeño profesional de los recursos humanos, con vistas a elevar el rendimiento y lograr mayor calidad en sus acciones, estableciendo el binomio evaluación del desempeño-educación permanente. En este sentido la aplicación y desarrollo de rigurosos exámenes estatales; el empleo de evaluadores externos, con la concepción de lo externo ligado a las necesidades propias del contexto; la aplicación y desarrollo de nuevos enfoques en la educación permanente y el desarrollo de auditorías integrales docente-atencionales e investigativas son experiencias que comienzan a consolidarse y elevan el compromiso de la universidad médica con los cambios y necesidades que impone el sistema de salud y en particular la atención primaria. Finalmente, una de las acciones de mayor importancia estratégica en la gestión de calidad se refiere a la **Formación Integral** de los recursos humanos en salud enmarcada en principios morales y en un sólido sistema de valores éticos que genere en cada uno un alto sentido de participación, responsabilidad y compromiso con la labor social para la que se preparan. En este sentido, diseñar currículos de avanzada que partan de la situación de salud del país o territorio; renovar la impartición de la bioética en el propio trabajo de los servicios que jerarquice la concepción integral de la medicina, el trabajo en equipos y las acciones sobre el riesgo y la salud y no contra el daño; promover la autorresponsabilidad y la participación comunitaria en la identificación y solución de

los problemas de salud son, entre otros, importantes desafíos éticos que en estos momentos constituyen parte de la lucha de ideas y conceptos que están prevaleciendo en el campo de la salud.

CONSIDERACIONES FINALES

En momentos de grandes restricciones económicas en la mayoría de nuestros países, gana conciencia la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, planteándose como impostergable dentro de los movimientos de reorientación sectorial: alcanzar equidad en salud; abatir el creciente déficit de cobertura de servicios y aumentar su eficiencia concentrando recursos en intervenciones eficaces contra daños y riesgos; y redefiniendo las formas de conducción y organización del sector.

Estos desafíos requieren, sin lugar a dudas, otorgar a la salud una decisiva prioridad dentro de las políticas sociales y en el proceso de desarrollo por parte de gobiernos, instituciones y entidades, tanto intra como extra sectorial. Así, como se ha hecho evidente, las universidades deben redefinir la posición de principios y el modelo estratégico de la educación médica para incrementar la calidad de su gestión en las condiciones específicas de cada país.

Son más los puntos de contacto y las necesidades que unen a nuestros países que los que los diferencian; y sin pretender hacer conclusiones en una tarea de tanta trascendencia y complejidad para dar respuesta a estos desafíos, desde nuestra experiencia consideramos que:

- El **proceso salud-enfermedad** debe ser interiorizado por la universidad como un proceso social, en el que la salud colectiva se privilegie sobre la individual, con énfasis en la atención integral a los problemas de salud y, donde el proceso docente se base en la identificación y la búsqueda de respuestas a esos procesos reales.
- La educación médica tiene que estar **comprometida con la realidad sanitaria** del país y en la solución de los problemas de salud debe estar la fuente, el contenido, los métodos y la práctica de los procesos de enseñanza-aprendizaje.
- La **integración docente-atencional-investigativa** no es sólo un concepto integrador o un sistema de coordinación; es una necesidad estratégica en la dirección de lograr la participación de todos los factores intra y extra-sectoriales en los cambios cualitativos necesarios de la práctica y la educación médica.
- La **identificación de espacios de trabajo y acciones integradoras** con mayor impacto en los principales programas de salud y la práctica médica, donde las instituciones asuman responsabilidades por la calidad del proceso docente-atencional es decisivo para lograr una universidad comprometida en el desarrollo del sistema de salud.
- La **atención primaria** debe convertirse en el principal espacio para la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud, en la medida que se fortalece como la piedra angular del sistema y se eleva el prestigio y autoridad científico-moral de un nuevo modelo de atención, con un especialista de campo amplio en este nivel.
- La **educación de pre y postgrado**, incluyendo la educación permanente, se debe diseñar, organizar y ejecutar como un proceso continuo en sistema, a partir de las necesidades de salud; en el que la educación en el trabajo se convierte en el hilo conductor y la investigación en el eje integrador de la docencia y los servicios.

- **La planificación de los recursos humanos en salud**, con un enfoque estratégico, es determinante para lograr eficiencia en salud y sólo puede alcanzarse por la decisión de los ministerios, centros docentes y demás instituciones, de abordar en conjunto el equilibrio entre fuerza de trabajo y necesidades de los servicios de salud.
- El mayor **desafío ético** de nuestros tiempos es preparar al personal de salud en los conceptos de la medicina social y preventiva; y que el principio humanista y de trabajo en equipo en la actuación profesional, sean expresión de un alto compromiso social.
- **El estímulo y motivación** a las instituciones y actores responsabilizados en el proceso docente-atencional es una acción a desarrollar sistemáticamente con el objetivo de alcanzar un real compromiso y reconocimiento social.
- **El control social de la calidad de los recursos humanos en salud** es una responsabilidad de los factores intra y extra-sectoriales y en ello la universidad debe jugar un papel determinante en la evaluación de la competencia y el desempeño profesional.
- Se hace impostergable la necesidad de incrementar la **cooperación y colaboración inter-países** con el fin de unir esfuerzos y voluntades en la noble tarea a que estamos convocados.

Hoy, en este Encuentro Continental, nuestra responsabilidad histórica es que la autoreflexión y evaluación crítica que hagamos de la educación médica no se quede en el discurso y salgamos comprometidos y decididos a hacer lo necesario en defensa de la salud y la calidad de la vida de nuestros pueblos, desde un nuevo posicionamiento, una visión de futuro y un espíritu de cooperación.

¡ Hacer es la mejor manera de decir !

José Martí

Bibliografía Consultada

- Aneiros-Riba, R. y Salas, R. Relato Final del Seminario Preparatorio para la Cumbre Mundial de Educación Médica, MINSAP/OPS, La Habana, 1993 (mimeo).
- Byrne, N. y Rozental, M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ Med Salud*, 28(1): 53-93.
- Ceballos J.J.; Hatim, A.; Ardanza, P.; Alvarez, A. y Corvisión, F. El Perfeccionamiento y la Educación Permanente de los Recursos Humanos de Salud. *Educ. Med. Salud* 27(2): 264-276.
- Cumbre Mundial de Educación Médica. Recomendaciones finales, Edimburgo, 1993.
- Flexner, A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- Hizástegui, F. Las bases teórico metodológicas del actual plan de estudios de Medicina para la formación del médico general básico. La Habana, agosto 1994, (mimeo).
- Jardines, J.B.; Oubiña, J. y Aneiros-Riba, R. La educación en ciencias de la salud en Cuba. *Educ Med Salud*, 25(4): 387-409, 1991.
- Jardines, J.B.; Aneiros-Riba, R. y Salas, R. Cuba: recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo. *Educ Med Salud* 27(2): 145-159.
- Jardines, J.B.; Diego, J.M.; Clavijo, A.; Salas, R. y Aneiros-Riba, R. Avances en la profesión y educación médica en Cuba. Cumbre mundial de Educación Médica, Edimburgo, 1993 (mimeo).
- Ministerio de Salud Pública. *Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la Salud de la población cubana en el período 1992-2000*. La Habana, 1992.
- OPS, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. *Educ Med Salud*, 28(1): 7-19, 1994.
- OPS y FEPAFEM. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, Edimburgo, Escocia, agosto de 1993. *Educ Med Salud*, 28(1): 125-138, 1994.
- OPS. Informe de progreso de las metas cuatrienales de las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994. CE113/INF/2, junio 1994.
- Susser, M. La Salud y los Derechos Humanos. Una perspectiva epidemiológica. Discurso inaugural de la II Reunión Científica Nacional. Santo Domingo, 19-22 de noviembre, 1991.
- UDUAL. Memorias de la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población". La Habana, 3-7 de junio, 1991.
- World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet*, 1988; 8608 (464).

**MOMENTO
METODOLOGICO**

4 DIC. 1997



TOMA DE POSICION FRENTE A LAS EXPERIENCIAS EVALUATIVAS EN EDUCACION MEDICA

María Isabel Rodríguez¹

Tomar posición frente a cualquier experiencia en el campo que transitamos es una responsabilidad implícita en nuestro diario quehacer, pero hacerlo en voz alta, sobre una temática ampliamente debatida por varias décadas entre médicos, educadores, científicos sociales, salubristas, historiadores y otros grupos de profesionales y fuerzas vivas de la población, puede ser un atrevimiento.

La evaluación de un fenómeno y más aún de un proceso complejo como es la educación médica, puede variar sustancialmente dependiendo un sólo del momento o circunstancia histórica y del contexto en que se desarrolla, como también de la posición y visión del evaluador o equipo de evaluación, de su arsenal teórico metodológico, de los determinantes que generaron su realización, así como de hacia dónde va dirigido el producto de estudio.

Esta reflexión se da en un momento de renovado interés internacional y a nivel de numerosos países, tanto desarrollados como subdesarrollados, por la formación del médico y la producción de servicios de salud en estos tiempos de crisis del modelo de atención, crisis de costos, crisis de la educación superior, en un contexto de acciones del estado en búsqueda de la reforma del sector. Este es parte del trasfondo en que la calidad de la atención y la calidad de la educación médica se discuten y desde el cual se nos pide tomar una posición sobre las experiencias evaluativas en educación médica.

He tomado como objeto de reflexión algunas de las más relevantes experiencias evaluativas que se han dado en la región y su selección se ha hecho por su valor, como expresión de corrientes de pensamiento, en el desarrollo de la educación médica latinoamericana.

No puede esperarse, dentro de los límites de esta presentación y tampoco es el propósito del trabajo, que se haga un análisis exhaustivo de cada una de las experiencias. Se ha tratado de analizar e interpretar en lo posible los propósitos de cada estudio, el contexto en que se produjeron las corrientes educativas que impregnaron cada experiencia y su orientación en

función de los indicadores y categorías utilizadas, todo ello con el objeto de ubicarlas como elementos contributorios a la construcción en el presente, de lo que podría ser la posición actual frente a los retos a que se enfrenta la educación médica del momento y del futuro inmediato.

El hecho de que la mayoría de experiencias sea bien conocida por esta audiencia nos coloca en mejores condiciones para abordar su análisis, sin que se requiera de una detallada caracterización.

Las experiencias seleccionadas en su mayoría son evaluaciones institucionales, algunas de ellas se ubican en la categoría de evaluaciones externas realizadas con el propósito de establecer diagnósti-

¹ Consultora del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

cos de la situación de la educación médica, a nivel nacional o regional, siendo menos frecuente que respondan a esfuerzos participativos de los colectivos de las instituciones. Nos detendremos a reflexionar sobre las siguientes experiencias:

- La educación médica en EUA y Canadá. Abraham Flexner, 1910¹.
- El estudio de Juan Cesar García sobre la educación médica en América Latina. 1968-1969, publicado en 1972².
- La evaluación de las experiencias innovativas en América Latina iniciadas en los años 70.³
- El análisis prospectivo de la educación médica latinoamericana. OPS/OMS, J.R.Ferreira y colaboradores.^{4,5}
- La posición latinoamericana frente a la Conferencia Mundial de Educación Médica 1993, Edimburgo II^o.

1. LA EDUCACIÓN MÉDICA EN ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ.

ABRAHAM FLEXNER, 1910

El más citado de los estudios evaluativos en el campo de la educación médica desde su publicación en 1910, probablemente siga haciendo ruido a los 84 años en esta reunión. Estoy segura de no ser la única que ha recurrido una vez más a este informe como referencia obligada a la temática que se nos ha pedido desarrollar. El informe consolidó en Estados Unidos una corriente de pensamiento, un nuevo paradigma de la medicina, la medicina científica y se volcó en la construcción de un modelo educativo que con discretas variantes se mantiene hasta nuestros días.

Nuestro interés para incorporar este material como objeto de reflexión en esta ponencia radica tanto en el valor intrínseco del estudio como expresión de una corriente de pensamiento, como por el impacto del modelo educativo que surge del informe en los nuevos modelos y reformas de la educación médica latinoamericana a partir de los años 50. Seguidores y críticos^{7,8,9} de la propuesta han hecho contribuciones importantes a su análisis y al esclarecimiento del papel jugado por Flexner en esta coyuntura. En realidad el estudio que sirvió de base a este informe ofreció la formulación teórica, la sistematización y el seguimiento al trabajo ya iniciado por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC) y el Consejo de Educación Superior (CME) de la Asociación Médica Americana (AMA).

Como señala Shofield¹⁰, la Asociación Médica Americana (AMA), organizada en 1846, contó entre sus propósitos fundamentales la mejoría de la calidad de la educación médica, pero no es sino hasta 1876 cuando organizó los primeros intentos de desarrollar un sistema nacional de evaluación de la educación médica. En este mismo año se constituyó la AAMC quien en los años que siguen a su fundación estableció estándares y requisitos para la membresía en la Asociación. Es importante rescatar el hecho de que aún cuando la AAMC inició la inspección de las Escuelas de Medicina en 1903, el Consejo de Educación Médica de la AAMC (constituido en 1904) inspeccionó en 1906¹¹ las 166 escuelas existentes, basando sus criterios evaluativos en los datos de registro de los resultados de exámenes de licenciatura, en las facilidades físicas de cada escuela, en la planta de profesores y en los requisitos de admisión. La inspección de las 160 escuelas existentes dio por resultado la aprobación de 82 que fueron ubicadas como clase A; 46 como imperfectas pero rescatables (clase B) y 32 inaceptables (clase C). Los resultados de este estudio, discutido con la AMA, como señala Starr¹¹ nunca fueron publicados, porque la AMA consideró que no era ético atacar a otros colegas en público, e invitó a un grupo externo a conducir una investigación similar. La invitación se hizo

a la Fundación Carnegie para el avance de la ciencia y la fundación encomendó el estudio a Abraham Flexner. Estas consideraciones vienen a cuenta para ubicar el papel decisivo de la Asociación Médica Americana en sus esfuerzos por la consolidación de la profesión y el propósito de elevar la calidad del profesional de la medicina en una época de fuertes críticas a la educación médica tanto en Estados Unidos como en Canadá.

El contexto en que se genera este estudio ha sido caracterizado por autores como Berliner⁷ como un período de profundos cambios de la sociedad americana en el contexto el cual en énfasis en la ciencia y la tecnología tendía a promover la idea de que los nuevos desarrollos científicos serían capaces de resolver todos los problemas, incluso los problemas sociales. Caracteriza la situación señalando que problemas cuya base era social y requerían soluciones políticas fueron transformados en problemas de ciencia cuya solución era tecnológica. A este respecto en el campo médico privaba el descontento de la sociedad americana sobre la calidad de la medicina ante la evidencia de grandes desajustes y debilidades en la formación médica y la gran heterogeneidad en las instituciones formadoras de médicos. Todo esto unido a la lucha que se planteaba entre las llamadas sectas médicas fue ocasión propicia para el desarrollo de un movimiento en pro de la consolidación de la profesión médica. Para ese entonces, los avances de las ciencias biomédicas de finales del siglo habían sido recogidos en instituciones de alta calidad como Hopkins y Harvard, que convivían con el importante crecimiento de escuelas médicas comerciales y de baja calidad. En ese contexto, el estudio resultaba plenamente justificado.

Flexner procedió al estudio de las 155 escuelas visitando cada una de ellas acompañado del secretario del Consejo de Educación Médica de la AMA¹ entre enero de 1909 y febrero de 1910. El estudio de cada escuela descansó en la información obtenida en cada visita y en base a los indicadores que aparecen en la figura 1.

Figura 1

**INDICADORES EXPLORADOS EN EL ESTUDIO DE LA
EDUCACION MEDICA DE ESTADOS UNIDOS Y CANADA**

A. Flexner, 1910

- . Población
- . Número de médicos
- . Relación médicos/población
- . Estado, población y número de escuelas
- . Relación escuela-universidad
- . Requisitos de ingreso
- . Número de admitidos
- . Cuerpo de profesores-categorías
- . Recursos para mantenimiento. Su procedencia
- . Facilidades de laboratorio
- . Facilidades clínicas. Hospital (número de camas)
- . Biblioteca

El estudio de Flexner orientó su atención a la búsqueda de un patrón de formación previamente establecido que respondía al propósito de resolver la problemática de la calidad inadecuada del médico frente al avance de la medicina científica.

En ese sentido a lo largo de todo el estudio se manifiesta un claro intento y esfuerzo por incorporar a la educación médica los avances de la medicina, alejarse del dogma y del empirismo y desarrollar la tesis de que la medicina era parte de la ciencia moderna. Como educador Flexner trató de incorporar una propuesta pedagógica que alejara al estudiante de la pasividad y se caracterizara por su actividad, por su hacer, por investigar y no sólo por observar, escuchar y memorizar.

El informe fue estructurado en forma que además de toda una base histórica y general (figura 2) orientada a sostener la tesis de la necesidad de reducir la producción de médicos, y elevar su calidad. Al mismo tiempo Flexner se lanzaba contra la idea de la comercialización de la profesión y desde su posición planteó el papel del estado y de los consejos o tribunales de acreditación.

Figura 2

CONTENIDO DEL INFORME	
A. Flexner, 1910	
Parte I	
·	Histórico general
·	Bases apropiadas de la educación médica
·	Bases actuales de la educación médica
·	Las ramas de laboratorio
·	El hospital y la escuela de medicina
·	Los aspectos financieros de la educación médica
·	Reconstrucción
·	Sectas médicas
·	Las juntas (boards) estatales
·	La escuela de postgrado
·	La educación médica de las mujeres
·	La educación médica del negro
Parte II	
	Información detallada sobre las 155 escuelas visitadas y estudiadas

A continuación, cada tema fue desarrollado a través de dos componentes, la base teórica, el cómo debe ser, seguido del capítulo del cómo es y de sus juicios de valor que califican y establecen lo que debe ser.

De su amplio análisis derivó Flexner una crítica severa y rígidas recomendaciones en cuanto a la dependencia universitaria de las escuelas, de los requisitos de admisión, número de clausos de estudiantes, número de escuelas por estado y una estructura curricular carente de flexibilidad, organizada a partir de dos años de estudio de las llamadas ramas de laboratorio (ciencias básicas biomédicas) con una definida secuencia, orientación y extensión en el espacio del laboratorio. A continuación

la etapa de dos años de trabajo clínico en el hospital es tratada igualmente en lo que respecta a contenidos disciplinarios, en este caso de los grandes campos clínicos y especialidades, siguiendo una organización que en líneas generales se mantiene hasta el presente.

La recomendación de un nuevo tipo de profesor de medicina surge inicialmente en lo relacionado a la enseñanza de las ciencias básicas y avanza a los campos clínicos, en donde ha de constituirse en un desideratum el planteamiento del profesorado de tiempo completo.

Las recomendaciones relacionadas con las características del proceso educativo, del número y composición del personal docente, de las relaciones de la escuela con la universidad y el hospital y el rubro de financiamiento fueron, entre otros, elementos fundamentales para el cierre de varias escuelas, aún antes de la publicación del informe. Por supuesto que dichas escuelas ya habían sido descalificadas en el estudio de AAMC¹¹.

Es evidente que Flexner al recomendar criterios de limitación en el número de estudiantes, la reducción en el número de escuelas, al suponer una distribución racional espontánea de los médicos y al propiciar la elevación en el costo de la educación médica no prestó atención en sus propuestas al impacto que esas recomendaciones podrían tener en la distribución de médicos y la accesibilidad de grandes grupos de la población a la atención médica. Diez años más tarde de la publicación de su informe, como lo comenta Starr¹¹, Flexner se convence de que la distribución de médicos era un problema mucho más serio de lo que él originariamente anticipó.

Sin embargo, toda su propuesta gira alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad. Llega a plantear que si no existiese la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico, siendo categórico en su juicio relativo a que la calidad de una escuela puede medirse por la calidad de los clínicos que produce. En varios de sus considerando expresa preocupación por problemas de salud pública, pero eso no se traduce en ninguna propuesta de incorporación de componentes de salud pública en la formación del médico. Su visión sobre el abordaje biomédico de la salud pública ha de traducirse posteriormente al jugar un papel protagónico en la selección de la primera escuela de salud pública que debería ser financiada por la fundación Rockefeller¹².

Es interesante cómo el impacto del modelo educativo recomendado por Flexner se mantiene inalterable por varias décadas. De hecho, es el propio Sigerist¹³ quien refiriéndose al documento sobre la educación médica en Estados Unidos 1934 - 1939, publicado por la AMA en 1940¹⁴, señala que las palabras sociedad, sociología, economía e historia no aparecen en el índice; más aún, Sigerist¹³ se quejaba de que el informe no recogía las experiencias que ya para entonces se venían dando en varias escuelas tratando de ampliar la visión de la educación médica y fue más allá al señalar que los cambios que habían ocurrido en la medicina y en la sociedad necesitaban más que nunca de un médico científico bien entrenado en laboratorio y clínica, pero como él señala "necesitamos más" se necesita "un médico social consciente de los desarrollos, consciente de las funciones sociales de la medicina y de él mismo al servicio de la sociedad"¹³. Como lo señala Nogueira¹⁵ al referirse al informe Flexner en su análisis sobre "Los médicos y la gestión de calidad en salud" los numerosos e importantes esfuerzos realizados por muchas escuelas norteamericanas incorporando innovaciones importantes no han logrado impactar hasta el momento la tendencia fundamental en el proceso de formación de médicos en Estados Unidos.

Podemos considerar que lo más trascendente del estudio de Flexner es su contribución a la consolidación de un modelo biomédico clínico evidentemente individual y curativo, reflejo en lo educativo de ese modelo de concepción y práctica de la medicina, respaldado por la creciente consolidación de lo que habría de constituirse en el poderoso complejo médico industrial.

Para Berwick y col.¹⁶, el informe Flexner marca el paso de la educación médica de manos de los médicos prácticos a los médicos científicos, pero en ambos casos los médicos seguían siendo

miembros de una profesión en control total de la calidad de su quehacer y casi en control total de las reglas económicas de su trabajo.

2. EL IMPACTO DEL MODELO FLEXNERIANO EN LA EDUCACIÓN MEDICA LATINOAMERICANA

Los cambios ocurridos en un buen número de escuelas latinoamericanas sobre todo a partir de 1950 en lo relativo a los campos biológico básico y clínico repiten los postulados y contenidos del modelo resultante de las recomendaciones derivadas del informe Flexner en Estados Unidos.

La corriente orientadora de la incorporación de la salud pública y la medicina preventiva y social en las escuelas latinoamericanas, pese a la fuerza del discurso de la época¹⁷, poco pudo y puede hacer para competir con una estructura académica biomédico clínica orientada hacia el individuo, la enfermedad y la especialización, de lo cual resultó un híbrido desbalanceado, desarrollado alrededor de dos ejes claramente definidos, separados, impermeables y conceptualmente antagónicos, el eje biomédico clínico ocupando entre el 80 y el 90% o más del tiempo del estudiante, legitimizado por una práctica médica bien consolidada, mientras que el otro eje, estructurado en mayor o menor grado, pero siempre complementario, con escaso o ningún impacto en la formación integral del médico y sin una imagen objetivo de una práctica atractiva de salud pública que le sirviera de referente empírico.

Para un buen número de escuelas latinoamericanas, la introducción de este modelo educativo representó la oportunidad para la incorporación en algunos casos, la organización y/o la modernización en otros, de las ciencias básicas preclínicas, contribuyó a la formación de docentes especializados y promovió en ocasiones el desarrollo de una infraestructura biomédica y la creación y fortalecimiento de unidades de apoyo para todo el proceso de enseñanza, como fue la creación de las bibliotecas médicas. Sin embargo, también es cierto que el modelo en ninguna forma contribuyó a favorecer una visión integral del hombre.

Desde el punto de vista del proceso evaluativo es interesante cómo la preocupación por la enseñanza de las ciencias básicas y en particular por el componente biológico permeó todos los intentos por la búsqueda de una medicina científica en América Latina (1950-1960). En ese sentido uno de los esfuerzos de evaluación más importantes fue el estudio de la enseñanza de las ciencias básicas preclínicas en las 80 escuelas de medicina de América Latina publicado en 1962¹⁸. Este estudio realizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencias Fisiológicas, recoge las conclusiones de la primera Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina (UDUAL, México, 1957)¹⁹, en la cual se declara como objetivo de la educación médica "proporcionar al estudiante conocimientos científicos y humanísticos necesarios para una comprensión integral del hombre en sus relaciones humanas y con el medio ambiente". Pese a la adopción de este enunciado, en ningún momento se planteó la necesidad de operacionalizar la concepción integral del hombre en la esfera social y más aún, no se alude en ningún momento a las interrelaciones con la problemática de la enseñanza y la práctica de la salud pública y la medicina preventiva y social.

Otra evaluación institucional a nivel latinoamericano había sido realizada por OPS hacia 1956 sobre la enseñanza de la pediatría²⁰ como parte de un esfuerzo mundial que, según los autores, estaba destinado a colaborar con los gobiernos en materia de salud pública, en la formación y adiestramiento de personal sanitario. El estudio descansa en la información obtenida en 79 escuelas de medicina. Pese a que el estudio trae a cuenta las conclusiones de los seminarios de Viña del Mar y Tehuacán sobre la enseñanza de la medicina preventiva, entra en una detallada descripción de los indicadores tradicionales en relación con la pediatría, avanza en tomar en consideración el modelo

de atención al niño, pero no logra abordar las relaciones con otras disciplinas ni aún con las del campo de la salud pública.

La visión de calidad implícita en los procesos de evaluación resultaba así perfectamente consolidada, calidad medida en función de la evaluación del conocimiento y la práctica en base a la excelencia de las disciplinas que se enseñan.

En varias de las instituciones de excelencia en aquel momento en América Latina hubo un acuerdo tácito de aceptar como medida de calidad los resultados de sus egresados en los exámenes del Consejo Educacional para Médicos Graduados en el Extranjero (ECFGM), evidenciando una profunda descontextualización, pese a que el discurso del momento y algunos esfuerzos institucionales y de algunos organismos, instituciones y fundaciones orientaban a la adecuación del proceso formativo del médico en función de las realidades concretas de su población.

Los modelos educativos resultantes de la reforma flexneriana de la educación médica latinoamericana, en lo evaluativo, recibieron el aporte del desarrollo de las corrientes pedagógicas de la época, fuertemente influenciadas por la psicología educativa en particular. El desarrollo de la tecnología educativa jugó un papel importante en la racionalización de las acciones educativas, pero al mismo tiempo por su orientación actuó como distractor del abordaje integral del proceso educativo. Las escuelas gastaron largas horas en el estudio de fragmentos del proceso educativo, el estudiante, sus actitudes, la predicción de su desempeño futuro en función de algunas de sus características: los objetivos educacionales, los currículos, los docentes analizados aisladamente sin que aún se avanzara en el análisis de sus relaciones en el contexto. Reconociendo que la evaluación de elementos particulares es importante, también es cierto que una evaluación integral del proceso no podría darse si el modelo educativo y la práctica que lo sustentaba estaban generando una visión fragmentada del hombre y sus enfermedades y en ningún momento incorporaba una visión integral del hombre y su articulación a la sociedad. Por otra parte, como lo señala de Leonardo y Guevara²¹, la evolución de las propias ciencias de la educación hace que no sea sino hasta finales de los 60 en la crisis educativa en Francia ofrecieran una respuesta a los esfuerzos por recuperar la unidad y realidad del objeto pedagógico. Bourdieu y Passeron²² con quienes en 1970 plantean la tesis de la reproducción social, develando que los sistemas educativos desempeñaban un papel de primera importancia en la sustentación de la dominación social, y es a partir de esa nueva teoría educativa que, de acuerdo con de Leonardo y Guevara, los ingleses desarrollaron un esfuerzo por revelar la naturaleza de la relación de las actividades y contenidos de la educación con la estructura social. Pero esos nuevos y enriquecedores aportes de las ciencias de la educación no lograron generar rupturas en el rígido andamiaje de la gran mayoría de las escuelas médicas de la región, pero se constituyeron en una de las fuentes de apoyo para la generación de los procesos de transformación, cambio o innovación que se analizan en los capítulos siguientes.

3. ANALISIS DE LA EDUCACION MEDICA LATINOAMERICANA, JUAN CESAR GARCÍA, 1972²

Este estudio realizado y publicado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Milbank descansa en el análisis de las 151 escuelas de medicina existentes en América Latina en 1967 y parte de la información disponible en el período 1967 - 1968. Se trata del estudio más completo realizado hasta el momento sobre la educación médica latinoamericana. A nuestro juicio incorpora una nueva visión de calidad de la educación médica, al concebir ésta, no como "proceso aislado" sino "subordinada a la sociedad donde se desarrolla". A través de un análisis histórico estructural, el autor se propuso identificar y profundizar en las relaciones de los diferentes elementos del proceso con la sociedad en su conjunto.

Es bien conocido que el análisis de la educación médica no fue el objetivo inicial de estudio, sino el de la medicina preventiva y social y fue después de una investigación exploratoria que García plantea que no era posible comprender el tema inicial sin un análisis del plan de estudios y del proceso de enseñanza de la medicina, del cual formaba parte.

El análisis parte de considerar como concepto básico de la teoría adoptada la educación médica entendida como "el proceso de producción de médicos", cuyo abordaje se hace través de dos componentes fundamentales: el proceso de enseñanza y las relaciones de la enseñanza, tal como se esquematiza en la figura 3 clásica del estudio, todo eso organizado y normatizado en el espacio de la escuela de medicina, considerada como la superestructura del proceso y ésta, a su vez, en el contexto de la sociedad.

García parte para su análisis de la información obtenida a través de dos cuestionarios uno sobre la escuela de medicina y el plan de estudios, y el otro, sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social. Dos fuentes adicionales enriquecen el estudio, la información proporcionada por las autoridades y el personal docente y la de registros y documentos oficiales. Se añade a esto una encuesta a estudiantes de medicina de una muestra de 15 escuelas. Esta es la documentación sobre la que descansa el diagnóstico de las escuelas y que sirvió de base para generar en muchas instituciones los sistemas de información que García trato de mantener actualizados una vez publicado su libro, pero la trascendencia del estudio es el modelo de análisis seguido en el trabajo, en el cual a partir del dato empírico García analiza la situación y trae a cuenta las distintas corrientes de pensamiento sobre el campo a nivel internacional, aclara categorías, hace sugerencias en base a experiencias de mayor vigencia, rescata procesos innovativos que se iniciaban para aquel entonces, pero en ningún momento construye recetas ni dicta normas.

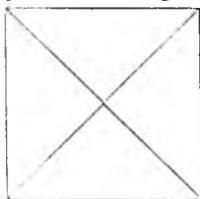
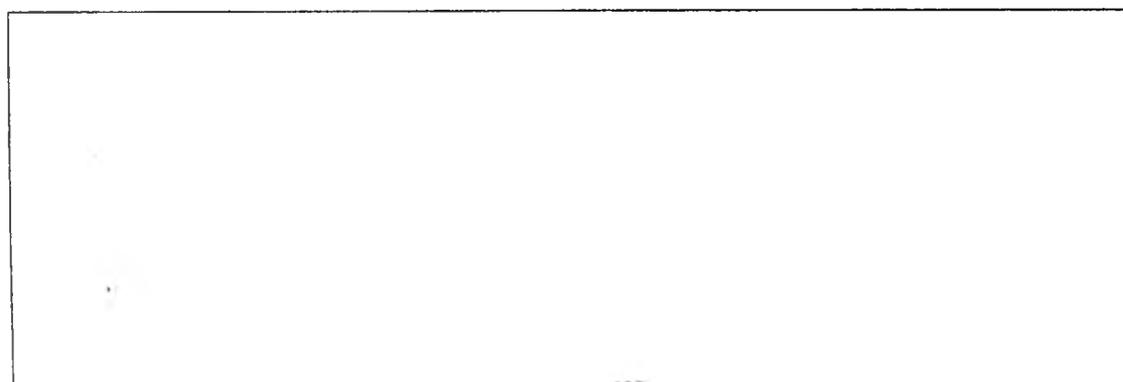


Figura 3

Cada capítulo consta de un rico material bibliográfico que sigue siendo vigente para cualquier educador médico, pero lo más importante aún es su bibliografía anotada. Sus notas constituyen una de las mayores riquezas de esta obra y el carácter histórico estructural de su análisis es más evidente en esas notas.

Volviendo al plan de análisis expresado en el esquema básico del libro (figura 3), García abordó el proceso de enseñanza a través de las actividades de enseñanza expresadas en el plan de estudios y en el análisis de la enseñanza de la medicina preventiva y social objeto inicial del libro. Su formación como sociólogo médico le permitió no sólo analizar la incorporación de las ciencias



sociales a la enseñanza de la medicina, sino utilizar el bagaje

teórico de las ciencias sociales en el abordaje analítico de la educación médica y sus interrelaciones. Hacia el final del capítulo sobre el proceso de enseñanza plantea un intento por aclarar el papel que le medicina preventiva debería jugar en elaboración de un nuevo marco conceptual y en la producción de conocimientos científicos en el campo médico y hace un esfuerzo de clasificación de los conocimientos que requeriría la formación del médico.

Continuando con el análisis del "objeto de enseñanza" el estudiante de medicina, estudia las características tanto cualitativas como cuantitativas de los estudiantes postulantes, admitidos y graduados en las escuelas de medicina. Este análisis le permitió explicar y traer a cuenta determinantes generadas en la estructura económica y social de los países. El abordaje del proceso de especialización en medicina y su tendencia histórica le permitió aclarar la participación de factores que se encuentren fuera del control de la escuela de medicina.

En este sentido se pronuncia en favor de la necesidad de tomar en cuenta los planes de salud y las decisiones de carácter político nacional que van más allá de las discusiones de las escuelas de medicina y deben ser consideradas en cualquier planificación de la enseñanza.

Las relaciones en el proceso de enseñanza fueron abordadas en el estudio, a través del papel del personal docente y el estudiante. Así mismo la escuela de medicina es objeto de un amplio estudio tanto del sistema de gobierno como en la estructura administrativa y la problemática de relación entre la educación media y la educación médica. En este capítulo se concentra un interesante abordaje sobre la necesidad del análisis político del gobierno universitario que avanza en considerar el papel de los distintos grupos con capacidad de decisión en la práctica de la institución y cuya problemática va más allá y sobrepasa el nivel administrativo. No es sino hasta muchos años más tarde que se ha dado el análisis de las instituciones de educación superior hacia el interior²³ últimamente enriquecida por el abordaje estratégico²⁴.

Se iniciaba para entonces la búsqueda de nuevas alternativas en la formación del personal de salud y García introdujo planteamientos sobre la utilización de la red de atención médica de una región o país. Estas consideraciones, así como el contenido de su último capítulo sobre las relaciones de la medicina con la estructura social evidencian que el análisis de García fue más allá de su propuesta inicial, expresada en el esquema.

Esta reflexión y análisis del proceso de formación de médicos se dio en el inicio del desarrollo de las ciencias sociales en salud en la región y de una interesante producción teórica sobre la práctica de la medicina y la crisis de la atención a la salud, todo lo cual se constituyó en el germen del desarrollo de esa nueva corriente del pensamiento latinoamericano representado por la medicina social. Es indudable que, como lo señala García, "las relaciones de la medicina con la estructura social son innegables y sin embargo, han sido oscurecidas por el tipo de análisis prevalente en el campo". La riqueza del estudio fue haber dado respuesta a esa inquietud ofreciendo un nuevo modelo de análisis del proceso educativo, que no se detuvo allí sino que a partir del estudio de la articulación de la medicina y de la educación con la estructura social²⁵ su producción posterior le llevó a profundizar tanto en el papel de la práctica médica sobre la formación del médico como en el rescate del grado de autonomía de las instituciones educativas, en el marco del cual planteaba que se dan las posibilidades de creatividad y de innovación²⁶.

4. LA EVALUACION DE LAS EXPERIENCIAS INNOVATIVAS EN AMERICA LATINA'

Durante cerca de tres décadas se han desarrollado en América Latina serios intentos de transformación, cambio o innovación de los procesos de formación de personal de salud, ocupando lugar prominente la formación del recurso médico. La mayoría de esos esfuerzos se propusieron, al menos en el discurso, buscar la adecuación del proceso formativo a las demandas de salud de la

población. Pero ese movimiento fue más allá y fue también creador de nuevos modelos, tanto en lo pedagógico y en lo epistemológico, como en cuanto a la articulación con los servicios y su compromiso con la sociedad. Todos esos esfuerzos han llevado implícito una concepción de calidad de la educación médica contenida en la propia definición de su misión. De consiguiente era de esperarse que la formulación de cada uno de esos proyectos llevara consigo el diseño del modelo de evaluación a través del cual la escuela o la universidad puede cerciorarse del resultado de las actividades realizadas y del proceso como un todo.

Hace pocos meses y como una de las actividades preparatorias de esta Conferencia, realizamos un intento de estudiar los esfuerzos evaluativos en los procesos de reorientación de la educación médica latinoamericana. Un breve recorrido sobre las experiencias educativas desarrolladas en el continente a partir de los años 60 y 70 nos obligó a analizar algunos elementos del contexto en que se desarrollaron, caracterizado entre otros por las crisis educativas generadas por el incremento de la demanda por el acceso a la educación superior, particularmente por estudios de medicina; las crisis políticas y sociales a nivel de un gran número de países de la región que llevaron incluso a la incorporación de los sectores salud y educación en la planificación económica y social. En ese contexto se formularon en algunos países propuestas de trabajo conjunto entre organismos e instituciones educativas y de la salud, las cuales incidieron en los nuevos desarrollos del personal de salud. La formulación de esas alternativas innovadoras fue posibilitada por el importante aporte de nuevas corrientes de pensamiento en lo educativo y en lo social.

Considero fundamental insistir que la reconstrucción histórica de los cambios en los procesos formativos del personal de salud y en particular del recurso médico en América Latina es un buen camino para entender la complejidad del campo de recursos humanos en salud y de las grandes vertientes y determinantes que inciden en su quehacer. Reiteramos nuestra reflexión en el sentido de que esa es una tarea que exige el esfuerzo no sólo de médicos y educadores, sino de sociólogos de la educación, historiadores, economistas y otro personal de salud.

Considero que ese trabajo debe ser emprendido por equipos multidisciplinarios como esfuerzo indispensable y previo a la formulación de nuevas propuestas. De ahí que en esta ocasión apenas presentaremos algunos de los rasgos más relevantes de las experiencias latinoamericanas.

Entre los más importantes rasgos del proceso de cambio se encuentra la búsqueda de la articulación universidad sociedad. Esa articulación universidad sociedad que aparece muy clara en el discurso se plantea como uno de los aspectos más difíciles de evaluar y los parámetros a utilizar resultan difíciles de construir.

Por eso en el análisis a que hemos hecho referencia preferimos analizar las corrientes claramente definidas que cuentan con elementos objetivos al menos en la documentación disponible. Nos detendremos apenas en tres líneas de orientación que resumen los esfuerzos de transformación o cambio:

1. La búsqueda de caminos para la articulación del proceso educativo y la práctica de salud que van, desde la incorporación relevante de actividades extramurales y trabajo comunitario, hasta los intentos de desarrollo del proceso educativo alrededor de un eje constituido por la salud de la comunidad es uno de los rasgos esenciales de la mayoría de las experiencias.

La búsqueda de esa articulación con los servicios y la contribución del aparato educativo a una nueva práctica, en respuesta a las necesidades de salud de la población, fue generada por motivaciones muy variadas, que han ido desde profundos cambios en los contextos políticos y estructurales a nivel nacional, hasta esfuerzos desesperados por responder a crisis institucionales, sobre todo las crisis de cupos frente a la demanda estudiantil y tras coyunturas que llevaron a la creación en

algunos casos de nuevas escuelas, o bien se dieron en el contexto de procesos de reforma universitaria, generando nuevos proyectos o la transformación de instituciones de larga tradición académica. 1. La ruptura, en mayor o menor grado, con la tradicional enseñanza por disciplinas fue el rasgo dominante de la mayoría de los proyectos innovadores. Varias son las determinaciones que confluieron en este cambio. El elemento fundamental en ese esfuerzo fue la búsqueda de relación entre los distintos campos del conocimiento.

Es indudable que la búsqueda de caminos para la relación o coordinación entre las diferentes disciplinas básicas y luego entre las básicas y las clínicas y más aún, con la salud pública y la medicina preventiva, fue objeto de esfuerzos bastante tempranos en la región. Sin embargo, en el desarrollo de esa corriente de pensamiento pueden identificarse varios orígenes. Uno de ellos fue el reconocimiento de que se partía de una práctica educativa totalmente fragmentada constituida por campos de conocimiento organizados en unidades o departamentos que no se relacionaban y en donde la lucha por priorizar cada área conspiraba contra la visión integral del ser humano y su salud. En este sentido, los nuevos desarrollos educativos ofrecieron caminos para esfuerzos conjuntos de varias disciplinas y grupos multidisciplinarios.

1. Todos los grandes procesos de avance en las concepciones educativas de la época, incorporaron en sus proyectos, la salud como objeto de estudio y no el fragmentado enfoque disciplinar, la integración docente asistencial (IDA), la interdisciplinariedad, la investigación como eje de la formación y la incorporación de las ciencias sociales, manteniendo una alta calidad científica, con una concepción epistemológica que rompía con la estructura por disciplinas, en función de una teoría del aprendizaje según la cual el verdadero conocimiento sólo se adquiere en contacto con la realidad concreta y planteando como concepción básica la integración de las diferentes prácticas universitarias, investigación, docencia, servicio y difusión como una práctica unitaria.

Ese planteamiento recogió la aspiración de incorporar criterios de interdisciplinariedad, Integración Docente Asistencial (IDA), incorporación de las ciencias sociales al proceso salud-enfermedad, la búsqueda de interacción entre las ciencias biológicas y sociales y la alta prioridad concedida a las actividades de atención primaria.

Si nos propusiéramos establecer una definida caracterización de los modelos evaluativos empleados en muchos de los proyectos de reorientación de la educación médica comparándolos con aquellos empleados en los modelos tradicionales, encontraríamos serias dificultades, pese al importante desarrollo de la tecnología educativa aplicada a la salud y a la progresiva incorporación de los nuevos aportes de las ciencias de la educación en la formulación de los procesos educativos del personal de salud. Sin embargo y pese a que no encontramos en el material revisado una propuesta innovativa de carácter integral, abarcativa y que se haya articulado en forma permanente sirviendo de retroalimentación al proceso educativo, existe un rico material con toda una base conceptual y valoración de resultados particularmente procedente de por lo menos cuatro de los grandes proyectos innovativos desarrollados en México. Landesman²⁷ al analizar uno de esos proyectos señala que "las innovaciones que se promovieron en la década de los setenta tenían como meta también una mejoría en la calidad de la educación médica, aunque en esta época el término de calidad no estaba tan en boga como ahora. Ciertamente, un componente de la calidad era la finalidad de las innovaciones, su compromiso por mejorar la educación médica para mejorar las condiciones de vida y de salud de las poblaciones más necesitadas. La calidad iba ligada a la definición de compromisos valorativos con respecto a los cambios que se propugnaba entonces y que tenían que ver con numerosos aspectos de la formación médica: las prácticas profesionales, los modelos de atención, las representaciones del proceso salud-enfermedad, etc.

Este posicionamiento valorativo contrasta con la falta de definición de lo que se considera como calidad de la educación médica más allá de la definición instrumental de una serie de indicadores cuya suma no nos devuelve una imagen de los valores fundamentales que la educación pretende perseguir".

A nuestro entender toda innovación educativa exige la formulación e incorporación de un proceso educativo que se construya simultáneamente, alimentando y reorientando el proceso educativo integral. Por lo general ha ocurrido todo lo contrario, el proceso de evaluación se ha diseñado posteriormente a la formulación y puesta en marcha de la innovación, han sido experiencias discontinuadas que no han acompañado en forma permanente el desarrollo de los proyectos y que con frecuencia han sido respuestas a demandas puntuales, a crisis institucionales a demandas externas, nacionales o internacionales. Con frecuencia la evaluación es formulada y ejecutada por actores que no participaron en el diseño y puesta en marcha del proceso educativo.

Malcolm Parlett y David Hamilton²⁸ en su artículo sobre "Evaluación como Iluminación. Una nueva aproximación al estudio de programas innovadores" refiriéndose a la innovación como la mayor prioridad educativa del momento planteó la evaluación como parte integral de los programas innovadores.

De mucha trascendencia para este capítulo es el planteamiento de esos autores²⁸ en referencia a los dos grandes paradigmas de la evaluación, el primero referido al modelo clásico o tradicional que utiliza la metodología hipotético deductiva derivada sobre todo de los ensayos experimentales y psicológicos, muy dominado por el campo psicológico y el otro, el modelo alternativo por ellos propuesto, el paradigma socioantropológico, en donde se requiere de un amplio uso de las ciencias sociales y de la contribución importante de la sociología educativa.

Tomamos de esos autores la caracterización que ellos hacen de la evaluación tradicional en el sentido de que:

la valoración de la efectividad de una innovación por el examen de si alcanzó o no los estándares requeridos o criterios prefijados a través de tests aislados, abundantes pruebas cuantitativas, perfiles de personalidad y rangos de actitud aisladas, entre otras, codificados y procesados para indicar la eficiencia de nuevos currículos, medios o métodos han sido abundantemente utilizados. El rechazo a evaluaciones de este tipo parte del reconocimiento de una serie de limitaciones de la evaluación tradicional, entre ellas.

sus apreciaciones sobre los métodos usados en las evaluaciones tradicionales que imponen restricciones arbitrarias al campo de estudio. Por ejemplo su concentración en información cuantitativa por medios objetivos lleva a ignorar o despreciar otros datos más sobresalientes sobre la innovación considerados como subjetivos, anecdóticos o impresionistas, a pesar de lo cual el evaluador se ve forzado a usar datos de este tipo.

este tipo de evaluación falla al no articular la variedad de intereses, objeciones o dudas de diferentes grupos, a partir de que los evaluadores clásicos creen en una verdad objetiva igualmente relevante a todas las partes, sus estudios rara vez toman en cuenta la diversidad de cuestiones planteadas para los diferentes grupos.

la evaluación se restringe a mirar datos que se generalizan a lo largo de líneas predefinidas. La definición empírica de la realidad por lo general es estrecha.

Los mismos autores plantean que si bien es cierto que las formas tradicionales de evaluación han sido criticadas, se ha prestado poca atención al desarrollo de modelos alternativos.

Nuestro análisis fue enriquecido por la importante contribución de Rosckhe y Collado²⁹ en su artículo sobre Evaluación de Proyectos de Educación Permanente - Supuestos y perspectivas. Coincidimos y rescatamos de ellas una serie de planteamientos entre ellos el que "la evaluación se

construye en cada instancia del proceso educativo. No es un momento terminal del proceso, sino un elemento de reflexión constante y permanente que ocurre en los distintos momentos del proceso". Igualmente nos parece importante el énfasis puesto por las autoras en la evaluación como un proceso que reconstruye lo propuesto y también como oportunidad de reflexionar sobre todo el proceso. La mayoría de metodologías propuestas son coincidentes con las propuestas por la "evaluación iluminativa", entre ellas las técnicas de entrevistas, las técnicas de observación, el análisis documental, análisis histórico, tanto en cuanto a interpretación documental como histórica oral, así como la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas.

El otro aporte importante que enriqueció nuestro análisis fue el de Juan Carlos Tedesco³⁰ que se refiere a la calidad de democracia en la enseñanza como objetivo posible y necesario, por otra parte ofrece elementos de la calidad en el contexto del desafío como definir estrategias en donde "lo posible sea al mismo tiempo socialmente justo".

Del análisis de todas las experiencias nos queda la firme convicción que se ha producido un rico material para cuyo análisis se requiere de abordajes metodológicos y criterios comunes entre diferentes grupos de la región a fin de lograr una evaluación integral que logre avanzar en lo que ha sido el impacto de esos grandes esfuerzos en la formación del personal de salud.

Para cerrar este capítulo, consideramos que un esfuerzo evaluativo de los proyectos innovadores debiera orientar la evaluación en búsqueda a la calidad del proceso a partir de:

- Una clara definición del concepto de calidad.
- La socialización del concepto, lo cual a mi juicio implica comprometerse con él, generando así la participación activa y comprometida de todos los actores.
- La construcción de las metodologías adecuadas al proceso general y a los momentos e instancias particulares.
- La permanencia del proceso y su incorporación a los procesos de innovación, cambio o transformación, pero no la creación de instancias burocráticas que monopolizan información y vuelven el proceso cautivo.
- La incorporación de todos los actores internos y externos en un proceso de reflexión colectiva, a partir de un plan de incorporación progresivo.
- El reconocimiento de la problemática de las experiencias eventuales y de las oficinas de evaluación aisladas del contexto, y más aún el papel de los jueces y de sus juicios percederos.
- La incorporación del proceso evaluativo dentro del desarrollo del proceso formativo desde el inicio de su formulación.

5. ANALISIS PROSPECTIVO DE LA EDUCACION MEDICA EN AMERICA LATINA⁴⁵

Este estudio iniciado en el año 1985 cubrió en su primera etapa 60 escuelas de medicina. El modelo ha sido aplicado posteriormente al análisis de la educación de otras profesiones de la salud, como enfermería, odontología, salud pública, nutrición y veterinaria.

El estudio tiene dos características fundamentales, la primera de ellas es usar la prospectiva como instrumento de análisis del futuro deseable en educación médica y su extrapolación hacia el presente. En este sentido los autores a partir de un estudio de la situación de las escuelas de medicina en America Latina y tomando en consideración el desarrollo histórico de las tendencias en la educación médica latinoamericana, según sus propias palabras, se propusieron establecer

"como debería ser una escuela capaz de satisfacer las demandas del futuro, preferentemente hacia el año 2000 que es cuando se trata de alcanzar las metas de salud mundiales"^{5,6}.

La otra característica del estudio que importa hacer notar es haber utilizado la rica experiencia acumulada en América Latina expresada en los intentos de transformación de la educación médica, lo cual trató de dar respuestas a las problemáticas concretas de la práctica médica, del rol del médico en la sociedad y la búsqueda por incorporar los avances de las ciencias de la educación y de las ciencias sociales aplicadas a la salud.

De aquí que este estudio desarrolla un concepto de calidad de la educación médica en función de un marco conceptual que tomó en cuenta el contexto socioeconómico y político, el desarrollo científico técnico, los patrones de ejercicio profesional y la estructura y norma de funcionamiento de los servicios de salud. En base a esta visión se desarrollaron un conjunto de 43 indicadores que se agruparon en cuatro grandes categorías que con sus atributos correspondientes aparecen en la figura 4.

FIGURA 4

**ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA EDUCACION MEDICA
CATEGORIAS Y ATRIBUTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO**

Categorías . Atributos

- Contexto . Análisis de situación
 - . Práctica médica
 - . Formación previa
- Estructura . Flexibilidad e integración
 - . Base poblacional y participación
 - . Capacitación del personal docente
 - . Organización del conocimiento
- Función . Contenido programático
 - . Orientación pedagógica
 - . Integración docente asistencial
- Integralidad . Desarrollo científico
 - . Información científica
 - . Desarrollo educativo
 - . Financiamiento

La metodología propuesta para su aplicación fue la de autoevaluación institucional y es de allí donde la propuesta puede tener grandes diferencias en su aplicación, porque resulta ser una expresión de la seriedad y compromiso con que la institución y todos sus integrantes a diferentes niveles y aun los propios estudiantes lograron articularse en un proceso ampliamente participativo. Es indudable que el desarrollo de una evaluación de este tipo debe empezar por la contribución de los grupos a una profunda discusión de los indicadores, cosa que no habiéndose dado en la formulación de la propuesta, podría ser objeto de modificaciones importantes ajustadas a las situaciones particulares. Algunas críticas a este método han descansado sobre todo en el carácter subjetivo del ejercicio y es allí donde la seriedad de los distintos participantes de una institución se pone a prueba ubicándose en la situación presente y considerando las alternativas de convertir una propuesta deseable en posible y factible.

En su libro sobre planificación estratégica de recursos humanos en salud, Mario Rovere²⁴ ofrece un comentario que nos parece muy adecuado en la búsqueda de caminos y alternativas a los problemas

del presente y del futuro, en el sentido de la "prospectiva como técnica busca romper el bloqueo perceptivo para desarrollar la creatividad y la innovación a punto de partida de un intento de ruptura con la autoridad del presente". Así mismo, para el propio Rovere, el ejercicio de análisis prospectivo ha abierto un importante espacio a la planificación estratégica de recursos humanos en salud, que es percibida como su estrategia de intervención.

A nuestro juicio este modelo de análisis prospectivo se presenta como la oportunidad para la movilización de todos los sectores hacia dentro de la institución, pero también es muy importante el desarrollo de la institución educativa para envolver a otros sectores íntimamente vinculados y responsables de la calidad de la educación médica como son los funcionarios de los servicios de salud, la propia universidad en ocasiones ajena a la problemática específica de las profesiones y por qué no, a representativos de los sectores profesionales.

La responsabilidad de la institución priorizando un ejercicio de este tipo es fundamental en el sentido de poder contar con un diagnóstico de situación y una propuesta de cambio que cuente con el consenso de sus miembros y evite situaciones que pueden derivar de una inadecuada apropiación del método, como ha ocurrido en casos en que no siendo expresión de un colectivo de discusión, la valoración no se corresponde con la realidad concreta de la institución. De la seriedad y compromiso con que se tome el ejercicio puede depender el hecho de que se convierta en un monitor del progreso de la institución y de la calidad de la educación médica y de consiguiente de su producto fundamental, el desarrollo del hombre al servicio de la salud de la población.

6. LA POSICION LATINOAMERICANA FRENTE A LA CONFERENCIA MUNDIAL DE EDUCACION MEDICA, EDIMBURGO II, 1993(6)

El análisis de esta propuesta no va dirigido al estudio de su contenido, el cual es ampliamente conocido por todos los participantes en este evento y de hecho, sus elementos fundamentales han sido considerados en el documento introductorio de esta reunión. Se trata apenas de intentar su abordaje en cuanto a su papel como generador de una propuesta de evaluación de la calidad de la educación médica en las escuelas latinoamericanas.

A mediados del año 1992 y en el contexto de una situación de deterioro del impacto de la educación médica latinoamericana para enfrentar los grandes problemas de salud de la región, se ofreció la oportunidad para iniciar un proceso de reflexión regional en ocasión de la preparación de la posición latinoamericana que debía ser presentada a la conferencia mundial en Edimburgo (Edimburgo II, agosto de 1993). Es así como ese foro se convirtió en el detonante de un proceso que permitió la recolección del pensamiento y experiencia latinoamericanos en relación con la situación de la educación médica de la región, vista desde una perspectiva integral (Figura 5). Es importante señalar que esta actividad se ubicó en el marco de los esfuerzos que ya venían desarrollando las escuelas y universidades de la región para responder a las crecientes demandas del sistema formador frente a las también crecientes necesidades y demandas insatisfechas de la salud de las grandes mayorías de la población latinoamericana y de los servicios que la atienden, en un contexto de crisis económica, política y social y en un nuevo contexto internacional.

El resumen de la consulta latinoamericana concluyó proponiendo a la región "continuar promoviendo un intenso debate que conduzca a las nuevas relaciones de la universidad, los servicios de salud y la sociedad como un todo". Hablamos de una consulta a las instituciones de América Latina, que como lo señala el documento introductorio⁶ podrían estimarse en más de 200, pero es importante preguntarse si en todos los casos el proceso de consulta a las instituciones generó el involucramiento colectivo de los distintos integrantes de la institución: docentes de diferentes áreas, estudiantes, autoridades y si se desarrollaron mecanismos de consulta a los otros sectores directamente involucrados en el proceso de formación de médicos y a los usuarios del acto médico, la población

misma. De hecho, en ocasiones, hasta la misma universidad, de la cual es parte la escuela de medicina es ignorada e ignora el intrincado tinglado en el cual se desarrolla la educación médica de su institución. En este sentido es importante señalar que las facultades y escuelas latinoamericanas del área de la salud y entre ellas las de medicina, hicieron un avance importante en los últimos años al ser copartícipes en el esfuerzo de comprometer activamente a la universidad latinoamericana como un todo en el abordaje de la salud de la población³¹.

Pero volviendo a la consideración de la posición latinoamericana presentada en Edimburgo, tal vez la respuesta implícita a las preguntas que nos planteábamos es la de que la participación colectiva hacia el interior de las instituciones que de el sentido de pertinencia a la posición expresada por la institución, se vuelve uno de los retos fundamentales en un proceso como el que se está proponiendo. De lo contrario sería preocupante que siguiéramos construyendo posiciones en base a la participación de integrantes de círculos cerrados expuestos permanentemente al bombardeo de las ideas novedosas de conocimientos que no se socializan y no representan las posiciones del colectivo institucional.

Nuestra respuesta abierta a esta preocupación es la de que el primer esfuerzo a ser realizado en esta empresa que se propone en esta reunión, es la construcción colectiva del consenso hacia dentro de las instituciones y la discusión abierta con los sectores íntimamente vinculados al proceso de formación de médicos. Para ello, la propuesta contenida en el documento introductorio sobre el uso de la planificación estratégica como camino para generar un proceso de reorientación, cambio o transformación de la educación médica nos parece muy oportuna, así como el uso en este contexto de la prospectiva como camino para "estimular la explicitación de deseos colectivos de grupos o instituciones"(26).

El punto de partida para la generación de un movimiento latinoamericano de transformación de la educación médica está dado. De hecho el resultado de la consulta a las escuelas y facultades latinoamericanas resumida en el documento presentado en Edimburgo(6), a nuestro juicio, contiene la propuesta de un nuevo paradigma de la educación médica latinoamericana. Consideramos que ese documento como muchos otros informes pudo haber quedado reducido a un material de consulta eventual, pero lo importante es que, conteniendo los elementos para generar un proceso de cambio o transformación de la educación médica, ha sido rescatado para servir de referente al proceso de evaluación y de gestión de calidad de la educación médica. Diversas circunstancias confluyen al presente para formar a las escuelas médicas a construir sus propios indicadores de calidad y la formulación de la evaluación que ha de dar cuenta no sólo del grado de cumplimiento en base a los parámetros establecidos, sino en cuanto a si es posible identificar su validez como instrumentos capaces de enriquecer el proceso formativo, de transformarlo, en otras palabras de dinamizarlo. Sin embargo, es necesario dejar claramente establecido que se cuenta con los grandes lineamientos, que partiendo de propuestas institucionales o nacionales, han permitido construir una propuesta de consenso cuya internacionalización y desarrollo requiere de un importante esfuerzo institucional, que no puede ser construido desde fuera. Ese esfuerzo es demandado en un momento en que la responsabilidad de las instituciones educativas, llámense escuelas, facultades o universidades como un todo se crecen, demandando respuestas frente a una oferta de salud cada vez más reducida y menos equilibrada para grandes sectores de la población; un momento de grandes presiones para la adopción de requerimientos internacionales, olvidando las demandas que surgen de las propias situaciones locales. Es un momento de volver a pensar en los grandes beneficios del enriquecimiento surgido del trabajo interinstitucional, interfacultades, interpaíses, pero por encima de todo en el trabajo intrainstitucional como único camino para un cambio profundo.

La construcción o reconstrucción del modelo educativo de carácter integral debe generar simultáneamente la construcción del proceso evaluativo, sin que eso signifique que pensemos en la evaluación como un fin en sí, sino en cuanto instrumento fundamental para orientar el análisis de resultado y la reflexión permanente sobre el proceso educativo que exige ser profundamente cambiante.

Las instituciones educativas no pueden permanecer de espaldas a las situaciones cambiantes del contexto en que se desenvuelven, están obligadas a responder a partir de un análisis de la realidad concreta y de la construcción de propuestas que pongan a prueba su capacidad, responsabilidad y compromiso con la sociedad. De consiguiente, la respuesta a la construcción de un proceso evaluativo que incorpore el concepto de calidad definido por la institución, tomando en consideración también los referentes nacionales e internacionales, puede ser la mejor respuesta a las crecientes demandas para la adopción de criterios ajenos a la realidad institucional.

La gestión de calidad en la educación superior incorporada desde largo tiempo en las escuelas norteamericanas ha empezado a surgir en las escuelas latinoamericanas y es relativamente reciente su desarrollo en algunos países europeos como Holanda y Bélgica. Un estudio sobre gestión de calidad en la educación superior de estos últimos dos países³² ha sido publicado recientemente por dos universidades mexicanas. En ese estudio el término gestión de calidad "incluye al lado de procesos de evaluación interna y externa, las actividades que tienen como fin la aplicación de los resultados de las evaluaciones". De este material, como del análisis de diferentes experiencias queda claro que el proceso fundamental e indispensable es el relacionado con la evaluación interna como proceso obligado para el desarrollo institucional y que si bien es cierto que la evaluación externa es un componente obligado para obtener legitimidad externa, una evaluación externa sin evaluación interna puede llegar a ser viciada, intrascendente o innecesaria.

Conviene detenernos para aclarar que estamos partiendo del supuesto que en esta búsqueda del proceso evaluativo para un nuevo paradigma de la educación médica, contenida en la propuesta latinoamericana a Edimburgo, estamos vislumbrando un proceso evaluativo integral inscrito en las premisas implícitas en dicho documento. De consiguiente queda por fuera de este propósito la posibilidad de evaluar la educación médica de nuestras facultades basándose en parámetros diseñados para otros contextos como son los exámenes diseñados para estudiantes extranjeros en Estados Unidos o indicadores parciales de rendimiento que no alcanzan a cubrir la amplia gama de acciones que reflejan la calidad de la institución y del proceso de formación de sus profesionales.

En consecuencia y en base a las experiencias revisadas, proponemos el desarrollo de un intenso trabajo de reflexión intra institucional capaz de contribuir a la transformación del proceso educativo y de sus actores, lo cual no puede ocurrir si no se desarrolla un proceso de construcción profundamente participativo. Se esperaría que las asociaciones de escuelas y facultades y otros organismos de cooperación se constituyan en el apoyo para la construcción de procesos de intercambio y establecimiento de criterios comunes que pueden servir de guías pero nunca sustituir el trabajo interno institucional.

Consideramos que las instituciones latinoamericanas cuentan con una base teórica y algunas de ellas, con un profundo interés por la transformación de su quehacer en el marco de una realidad difícil, hostil y avasallante, porque es muy fácil pedir participación activa de sus integrantes sin pensar en las cuotas de tiempos disponibles, en los ya sobrecargados horarios, cargados además de un gran volcán de insuficiencias, y de vicios acumulados.

¿ES POSIBLE PENSAR EN LOS CAMBIOS SUBIENDONOS AL VAGON DE LA UTOPIA O TENEMOS QUE ACEPTAR POR ADELANTADO NUESTRA DERROTA?

La respuesta es responsabilidad de todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flexner, A. *Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundations on the advancement of teaching.* The Merrymount Press, Boston, 1910.
2. García, J.C. *La Educación Médica en América Latina.* Publicación Científica No. 255, OPS/OMS, 1972.
3. Rodríguez, M.I. *Los esfuerzos evaluativos en los procesos de reorientación de la educación médica en América Latina. Preparado para la reunión sobre "Evaluación de los procesos de innovación cambio y transformación en educación médica",* Washington.D.C., julio de 1994. Mimeo 1-28 pags.
4. Ferreira, J.R. *Análisis prospectivo de la educación médica.* *Educación Médica y Salud* 20(1), 1986.
5. Ferreira, J.R.; Coelho Neto,A.; Collado, C.B.; Linger,C.; Luna,R.; Purcallas,D. y Yépez,R. *El análisis prospectivo de la educación médica en América Latina.* *Educ.Med. y Salud* 22(3):242-367,1988.
6. OPS/OMS y FEPAFEM. *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica.* Edimburgo, Escocia, 8-12 de agosto de 1993. Mimeo, 20 pags.
7. Berliner, H.S. *A larger perspective of the Flexner Report.* *Int.J.Health Serv.* 5:573-592,1972.
8. Brown,R. *El que paga la música: Fundaciones, profesión médica y reforma de la educación médica en salud e imperialismo.* Compilado por Navarro,V. Siglo XXI, México, 1983, pags. 159-183.
9. Barzansky,B. y Gevitz,N. *Beyond Flexner. Medical Education in the Twentieth Century.* Greenwood Press. New York,1992.
10. Shofield,J.R. *What is the purpose of medical education? Evaluación de la educación médica.* Memorias de la XI Conferencia Panamericana de Educación Médica. FEPAFEM-PAFAMS. México Atelier Producciones, México,D.F.,1987, pags.11-16.
11. Starr. *The social transformation of american medicine.* Basic Books, Inc. Publishers, New York,1949.
12. Fee,E. *Disease & Discovery.* The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London, 1987.
13. Sigerist,H.E. *The university at the crossroads. Addresses & essays.* Henry Shuman, New York, 1946, pags. 110-142.
14. Council on Medical Education and Hospitals AAMC. *Medical education in the United States 1934-1939. Resumen de un libro conteniendo un informe preparado por Weiskotten, Scliwitalk, Culter y Anderson,* publicado en *Organization Section of JAMA* 114(2):143-147, 1940.
15. Nogueira,R. *Os medicos e a gestio de qualidade em saude em perspectivas de qualidades em saude.* Quality Mark Editora Ltda., Río de Janeiro, 1994.
16. Berwick D.M., Godfrey,B. y Roessner,J. *Curing Health Care.* Jossey Bass Publishers, San Francisco, 1990.
17. OPS/ OMS. *Seminarios sobre la enseñanza de la medicina preventiva en Viña del Mar, Chile 1955 y Tehucán, México, 1956.* En: *Enseñanza de la medicina preventiva y social. Veinte años de experiencia latinoamericana.* Washington,D.C.,1976, Publicación Científica 324.
18. Middleton,S. y Munam,L. *Encuesta sobre la enseñanza de las ciencias básicas preclínicas en las escuelas de medicina de América Latina.* *Bol Of Sanit Panam* 52(6): 469-492, 1962.
19. Unión de Universidades de América Latina (UDUAL). *Declaración de México sobre educación médica en América Latina. Conclusiones de la I Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina realizada en Ciudad de México, septiembre de 1957, México. 1957.*
20. Wegman, M.E., Hughes,J.G. y Puffer,R.R. *La enseñanza de la pediatría en América Latina.* *Bol Of San Pan* 44:281,1958.
21. De Leonardo,P. y Guevara,N.G. *Introducción a la teoría de la educación.* Terranova. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México,D.F. 1984.
22. Bordieu,P. y Passeron,J.C. *The reproduction in education, society and culture.* Sage Publs., Londres,1977.
23. Clark, B.R. *El sistema de educación superior. Una visión comparativa de la organización académica.* Universidad Autónoma Metropolitana Azcapozalco. Nueva Imagen, 1991.
24. Rovere,M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud.* Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 96. OPS/OMS, 1993.
25. García,J.C. *La articulación de la medicina y la educación con la estructura social.* Washington,D.C.,1977. En: *Pensamiento social en salud en América Latina.* OPS/OMS Interamerican McGraw Hill, 1994.
26. García,J.C. *Consideraciones sobre el marco teórico de la educación médica.* *Universidades* 20(86):58-68, 1982(Serie 3).
27. Landesman,M. *Evaluación de innovaciones educativas en los estudios regionales sobre calidad de la educación médica. Presentado a la reunión sobre evaluación de los procesos de innovación, cambio y transformación en educación médica.* Washington, D.C., julio de 1994. Mimeo, pags. 1 - 10.

28. Parlett, M. y Hamilton, D. Evaluation as illumination: A new approach to the study of innovative programmes. En: Hamilton, D. et al: Beyond the numbers game. McCutchin Publishing Co., Berkeley, California, 1977.
29. Roschke, M.A. y Collado, C. Evaluación de proyectos de educación permanente: Supuestos y perspectivas. Educación Permanente de Personal de Salud, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 100, pags. 187-215, OPS/OMS 1994.
30. Tedesco, J.C. Calidad y democracia en la enseñanza superior. En: Tedesco, J.C. El Desafío Educativo. Calidad y Democracia. Grupo latinoamericano pags. 47-49. Colección Controversia, EMECE Editores, Buenos Aires, Argentina, 1987.
31. Unión de Universidades de América Latina. Conferencia Integrada Universidad Latinoamericana y Salud de la Población. Memorias. Habana, Cuba, 3-7 de junio de 1991.
32. Kells, H.R., Maassen, P.A.M. y Haan, S. La gestión de calidad en la educación superior. Centro de Estudios Universitarios de la Universidad de Puebla/Universidad Autónoma Metropolitana, Azcapotzalco, Puebla, México, 1992.

EL CICLO ITERATIVO DE LA CALIDAD EDUCACION-ATENCION Y ESTRATEGIAS DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA EDUCACION MEDICA

Enrique Ruelas

La calidad se ha convertido en una prioridad de los servicios de salud en todo el mundo. Baste citar, como uno de entre muchos posibles ejemplos, que en México en una reciente encuesta se identificó que, para la población mexicana, el principal problema de los servicios de salud es la mala calidad de éstos. Es también conocido ya el auge que han tomado diversas estrategias de garantía de calidad en este ámbito. Pero, además, empieza a hacerse también evidente que no es posible pensar en la calidad de los servicios de salud de manera independiente de la calidad de la educación médica, en particular, y de los profesionales de la salud en general.

Los objetivos de este trabajo son, por consiguiente: 1) presentar conceptos básicos sobre la calidad de la atención médica y sobre estrategias de garantía de calidad en los servicios de salud; 2) analizar las relaciones que existen entre la calidad de la educación médica y la calidad de la atención médica, es decir, el ciclo iterativo; y 3) definir las tres estrategias para garantizar la calidad de la educación médica: acreditación, mejoramiento continuo-calidad total, y sistemas de enseñanza-aprendizaje enfocado en calidad (SEENECA).

LA CALIDAD EN LA ATENCION MEDICA

De entre todos los desarrollos actuales en materia de calidad, en el campo de la atención médica podrían distinguirse varios que aquí se consideran como los más relevantes: la definición misma del concepto, la transición de la cantidad a la calidad, la transición de la evaluación a la garantía, y las nuevas opciones que presenta la posible síntesis de los modelos industrial y médico para garantizar la calidad de la atención.

A Donabedian se atribuye la definición de la calidad de la atención médica a partir de una relación entre beneficios, riesgos y costos como parámetros fundamentales de referencia. Si bien otros autores habían expresado de manera similar la relación entre beneficios y riesgos para definir la calidad, es Donabedian el primero que lo hace con claridad meridiana y el primero que analiza de manera sistemática la relación que existe entre éstos y los costos. Así, la mejor calidad se obtiene cuando se consiguen los mayores beneficios con los menores riesgos y a un costo razonable, en donde los beneficios y los riesgos se juzgan en función de los valores sociales del entorno en el que se establece el nivel de la calidad.

A él se atribuye también el haber hecho explícitas las dos dimensiones fundamentales, e inseparables entre sí, del concepto calidad: la técnica y la interpersonal. La primera referida a la aplicación de conocimientos y tecnología para la solución del problema de salud y la segunda a la relación que se establece entre el prestador y el receptor del servicio.

Quizás la aportación más conocida de Donabedian es su ya famosa tríada para evaluar la calidad: estructura, proceso y resultado. La estructura es definida, a su vez, como todos los insumos requeridos para que exista un proceso de atención, y la forma en la que estos insumos se organizan.

El proceso lo define como el conjunto de interacciones y actividades que dan contenido a la atención médica, y por último, el resultado es el producto directo de la combinación de estructura y proceso. De esta manera, la calidad puede ser evaluada desde cualquiera de estas tres perspectivas. En otras palabras, el juicio sobre la calidad de un episodio de atención puede estar determinado por cualquiera de los tres factores o por combinaciones de ellos.

Por otra parte, en los años recientes se ha observado cada vez mayor énfasis sobre el tema de la calidad. Ello ha sido muy aparente desde hace tiempo en la producción de bienes, más recientemente en la producción de servicios y, de éstos, el interés sobre el tema se ha ido incrementando de manera notable en el campo de la atención médica en los últimos diez años.

Se transita de una eminente preocupación por la cantidad hacia una por la calidad, lo cual no debe interpretarse, por otra parte, como un fenómeno derivado de la total satisfacción cuantitativa, sino como una necesidad de combinar cantidad con calidad. En la encuesta mencionada al principio de este documento se señaló que, para la población mexicana, el principal problema de los servicios es "mala calidad" (44%), seguido de "falta de recursos" (30%), y de "acceso a los servicios" (11%). En este país es obvia la transición de la cantidad a la calidad. Por lo que hemos observado, es muy probable que estas prioridades sean similares ya en muchos países de América Latina.

Durante muchos años los esfuerzos tanto de investigadores sobre el tema como de muchos profesionales directamente involucrados en la atención a los pacientes se concentraron en identificar, probar y establecer métodos de evaluación de la calidad. La evaluación, como en muchos otros campos, empezó a asumirse como un fin en sí misma. Es decir que, al evaluar se suponía corrección de errores o problemas identificados por el mero hecho de haberlos identificado e incluso medido. Sabemos ahora que evaluar no basta ya que se requiere dar un paso más allá para que efectivamente se corrijan las situaciones calificadas como deficientes.

Es obvio también que ese paso más allá no puede ser dejado al azar sino que se requieren acciones intencionadas y sistematizadas para que, en efecto, se corrijan los problemas. Es justamente el reconocimiento de esta realidad donde radica la transición entre la evaluación y la garantía. Nuevamente, se trata de un asunto de énfasis y no de sustitución de la una por la otra.

Existen varias estrategias de garantía de calidad: "aseguramiento", "mejoramiento continuo", "calidad total", "benchmarking", "reingeniería". Todas estas se dirigen no sólo a evaluar sino realmente a mejorar la calidad.

Durante mucho tiempo los esfuerzos se enfocaron fundamentalmente a evaluar la calidad de la atención y de la educación. Hacia mediados del presente siglo en los Estados Unidos surgió el aseguramiento como estrategia para establecer y verificar niveles mínimos aceptables de calidad. El instrumento por excelencia del aseguramiento es la acreditación, de manera que, cuando se habla de acreditación se hace referencia a la estrategia de aseguramiento. Si bien, a través del aseguramiento continúa un énfasis en la evaluación con objeto de acreditar a las instituciones, principalmente hospitalarias, éste se desarrolló no sólo con una intención evaluativa sino correctiva.

Recientemente, los enfoques industriales irrumpen en la escena de la atención médica en fechas tan recientes como los últimos años de la década de los ochenta. De esta manera, se ha creado no sólo una aparente euforia por la calidad y por los términos y las estrategias que éstos implican, sino que se ha generado también, de manera muy aparente, una importante confusión conceptual.

Así, "garantía de calidad" constituye el concepto eje del actuar médico y, por otra parte, permite entender que otros términos utilizados para referirse a esfuerzos tendientes a mejorar la calidad significan, en realidad, diferentes estrategias, no necesariamente excluyentes entre sí, para garantizar la calidad de la atención médica.

Los modelos industriales, que incluyen varias corrientes, poseen algunos denominadores comunes que los han hecho altamente atractivos. Por ejemplo: se ha desarrollado una terminología propia de mensajes muy claros y concretos (probablemente el caso más típico es el mismo término de "calidad total"); se han propuesto "herramientas", como se les llama en estos casos, muy simples para la medición de los fenómenos que influyen en la calidad; se insiste en que la calidad debe ser una responsabilidad compartida entre todos los miembros de la organización, de aquí, una de las justificaciones del concepto "total" de la calidad; los problemas que afectan la calidad, ni siempre ni frecuentemente, pueden ser atribuibles a errores individuales y sí, en cambio, las causas deben ser buscadas en el diseño del sistema; se enfatiza la satisfacción del consumidor como factor determinante en cualquier juicio sobre la calidad; por último, entre otras características, se destaca la importancia fundamental del desarrollo de liderazgo comprometido con la calidad en toda la organización.

Ciertamente todos esos postulados adquieren alta relevancia en cualquier tipo de organización incluyendo, por supuesto, los servicios de salud y las instituciones de educación médica. No obstante, en el caso de la atención médica, como de la educación médica, existen diferencias sustanciales que deben ser tomadas en cuenta. A continuación se citan sólo dos de ellas a manera de ejemplo.

En la atención médica la satisfacción del paciente no puede ser el único criterio para juzgar la calidad. En otras ocasiones he señalado que el paciente puede estar satisfecho con el servicio recibido hasta su último suspiro, sin embargo, falleció por un error terapéutico del que nunca pudo darse cuenta. El segundo argumento consiste en reconocer que los modelos industriales surgieron en el contexto de empresas en las cuales un alto porcentaje de los empleados son obreros o técnicos, en tanto que, las organizaciones de atención a la salud son organizaciones predominantemente de profesionales. Ambas características ofrecen diferentes ventajas y desventajas para la implantación de estrategias de garantía de calidad bajo la perspectiva industrial.

Debe señalarse, por último, que es frecuente encontrar reacciones de franco rechazo por parte de los profesionales de la salud hacia cualquier influencia que se denomine "industrial". Estas reacciones, por lo general viscerales, se derivan del desconocimiento de la teoría organizacional lo cual conduce a juicios altamente subjetivos. Si bien las actitudes pueden ser escépticas ante cualquier innovación que se presenta aparentemente gratuita, no debe justificarse por ello un alto grado de defensividad ni de pesimismo. El tema debe ser analizado con la mayor objetividad posible.

LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA Y LA CALIDAD DE LA EDUCACION MEDICA: EL CICLO ITERATIVO

Ahora pasemos al siguiente aspecto: existen relaciones muy estrechas entre la calidad de la atención médica y la educación médica. Con objeto de analizar estas relaciones deben establecerse algunas consideraciones básicas. La primera de ellas es la necesidad de aceptar que, si el juicio sobre la calidad de la atención médica depende de la estructura, el proceso y los resultados, puede entonces

proponerse que sucede exactamente o mismo con la calidad de la educación médica, es decir, que depende también de la estructura, el proceso y los resultados, en este caso, de la educación.

La segunda consideración consiste en aceptar, asimismo, que educación médica no es un concepto homogéneo que permita distinguir claramente cada una de sus fases. Es decir, debe reconocerse que cuando se habla de educación médica existen características diferentes entre la educación de pregrado y la de postgrado, entre la educación básica y la clínica, y entre éstas y la educación en las áreas de la salud pública. Las relaciones más transparentes corresponden a la educación clínica y la atención médica, por ello, es este ámbito el que será analizado.

La relación más obvia entre la calidad de la educación médica y la atención médica se da entre los resultados de la primera y la estructura de la segunda. Los alumnos con un grado de formación que los debe habilitar para ofrecer los mayores beneficios y los menores riesgos posibles a los pacientes, se integran como elementos sustanciales de la estructura de la atención médica. De aquí que, si la calidad de los alumnos es deficiente, una parte fundamental de la estructura de la atención será también deficiente con lo cual sufrirá la calidad del servicio otorgado. Por el contrario, una relación inversa a la mencionada es, por supuesto, posible y altamente deseable.

Existe otra relación entre la estructura de la atención y la estructura de la educación en tanto que, la primera, se convierte en requisito indispensable de la segunda. En efecto, la infraestructura y recursos humanos de los servicios de salud, son indispensables como estructura para las experiencias de enseñanza-aprendizaje.

El proceso de atención y el proceso educativo confluyen de manera prácticamente absoluta mientras más avanzado sea el grado de la educación clínica. Por otra parte, los resultados de la atención se relacionan con el proceso educativo como insumos de este último. Así es como el proceso educativo puede tender a mejorar con el tiempo en función de las experiencias aprendidas como consecuencia de los resultados obtenidos de la atención médica.

Por último, los resultados de la atención médica deben ser integrados como parte de la estructura educativa a manera de conocimientos sistematizados en forma de planes y programas de estudio.

Hasta aquí, se hace obvia la mutua dependencia entre la calidad de la educación médica y de la atención médica. Esta interdependencia ha sido denominada como "Ciclo Iterativo" de la calidad en el que la calidad de la atención médica influye, a través de su estructura, sus procesos y sus resultados en la educación médica y esta última influye en la atención médica a través de su principal resultado que son los recursos humanos formados. Estos, a su vez, se integran a la estructura de la atención médica y de esta manera influyen de manera fundamental en los procesos y los resultados de la atención médica.

De acuerdo con este "ciclo iterativo" sería de esperar que, a mayor calidad de la educación, mayores probabilidades habría de obtener una mejor calidad de la atención. Igualmente, a una mayor calidad de la atención, habrá mayores probabilidades de obtener una mejor calidad de la educación y viceversa. Lo contrario en ambos casos, por consiguiente, es posible también.

ESTRATEGIAS DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA EDUCACION MEDICA

Ahora bien, si de lo que se trata es de elevar la calidad en la educación médica, el siguiente punto en este trabajo es delinear los puntos sobre los que debe apoyarse una amplia estrategia de garantía de calidad de la educación médica.

Hasta ahora, la calidad en la educación médica en los países latinoamericanos se ha considerado como una consecuencia implícita y gratuita resultante del proceso enseñanza-aprendizaje. En otras palabras, la calidad de la educación médica no había sido puesta en tela de juicio de una manera tan explícita como hasta ahora. Sin embargo, se sabe bien que la calidad no se consigue por el mero hecho de quererla. Ahora se reconoce también que la calidad no es inercia sino esfuerzos conscientemente dirigidos hacia tal propósito.

Garantizar la calidad de la educación médica debe apoyarse, en consecuencia, en tres pilares fundamentales: la acreditación, los programas internos de mejoramiento continuo-calidad total, y el enfoque explícito hacia la calidad en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Ninguna de estas tres estrategias es excluyente de las otras, por el contrario, deben considerarse complementarias.

La acreditación de las escuelas y facultades de medicina ha sido ya costumbre en los países anglosajones. Los aspectos centrales de la acreditación son: la existencia de estándares explícitos y la existencia de un mecanismo de verificación periódica de esos estándares. De esta manera se pretende asegurar niveles mínimos aceptables de calidad. Las limitaciones de esta estrategia consisten en que: con frecuencia los estándares se hacen obsoletos antes de ser actualizados oportunamente; éstos llegan a considerarse como metas a alcanzar y no como puntos de partida para continuar mejorando; y por último, la acreditación por lo general no tiene una periodicidad que permita monitorizar continuamente la calidad y, así, al llevarse a cabo con espacio de varios años, lo que suceda en tanto tiempo se pierde de vista y lo que fue un espasmo durante el proceso mismo de acreditación se convierte en relajamiento durante el resto del tiempo.

No obstante, si bien la acreditación tiene limitaciones, debe reconocerse que la verificación externa del desempeño en función de criterios explícitos y homogéneos, como son los estándares, siempre es necesaria pues el juicio propio sobre el propio desempeño no es siempre suficientemente objetivo.

El segundo pilar para elevar la calidad de la educación médica lo constituyen los programas de mejoramiento continuo-calidad total en cada institución educativa. De lo que se trata es de que cada organización educativa tenga un programa que le permita estar mejorando continuamente y estar monitorizando su desempeño y los problemas que se le presentan. Ello, como se dijo anteriormente, no se logra de manera gratuita, tampoco es suficiente que la institución educativa se someta a acreditaciones con periodicidad de varios años. Los programas de mejoramiento continuo-calidad total permiten que la organización educativa genere sus propios mecanismos de monitoría interna e induzca el valor de la calidad como parte de su cultura organizacional.

Por último, el tercer pilar está constituido sobre la necesidad de que el proceso enseñanza-aprendizaje sea enfocado hacia la calidad de manera explícita y sistemática.

Para ello, es importante primero señalar que se han utilizado diversas metodologías para la definición de contenidos educativos, no obstante, debería cuestionarse si en estos métodos se ha conside-

rado la calidad de manera explícita o solamente se asume como un hecho implícito y gratuito, resultado de la planeación curricular.

El análisis de tareas y/o la orientación por problemas son ejemplos de ello. En términos específicos de la relación entre la calidad de la atención médica y la educación médica podría sumirse que, con frecuencia, estas metodologías no han enfatizado la calidad o no lo han hecho suficientemente explícito.

Por ejemplo, el análisis de tareas puede conducir a la definición de contenidos educativos basados en tareas que, de acuerdo con criterios explícitos de calidad, podrían no ser las que deberían ser realizadas.

En el caso de la orientación por problemas cabe preguntar si, en efecto, al orientar la educación hacia la solución de los problemas se hace de manera tal que esa solución se logre con la mayor calidad posible; o bien si se insiste en que la solución debe conseguirse de la mejor manera posible y desde la primera vez; o, por último, si existe una adecuada constatación del resultado obtenido para determinar si el problema fue resuelto como se esperaba y, de esta manera, se ha convertido en un ejemplo adecuado para dar contenido a un proceso educativo de alta calidad.

Pero más aún, ¿existe congruencia entre lo que se denomina calidad desde la perspectiva de la educación y calidad desde la perspectiva de los servicios? ¿se educa a los estudiantes de manera congruente en función de lo anterior? ¿es esto explícito? ¿le queda claro al docente y al alumno que, de todo lo que se enseña y se aprende, no todo contribuye realmente a ofrecer servicios de alta calidad? ¿qué es entonces lo que verdaderamente conduce hacia el área de máxima calidad en el desempeño del futuro médico?

Lo que se requiere es hacer explícitos, enfatizar y alinear los estándares de calidad de la educación y la atención de manera tal que exista coincidencia en los niveles de desempeño esperado de ambos.

Así, es necesario implantar, como tercer pilar, además de la acreditación y los programas de mejoramiento continuo-calidad total, **Sistemas de Enseñanza-Aprendizaje Enfocados en Calidad (SEENECA)** que serían definidos como "un sistema educativo que explicita, enfatiza y hace coincidir los criterios de calidad en el desempeño de las organizaciones, educativas y de servicio, mediante estrategias que permitan garantizar los mayores beneficios posibles con los menores riesgos a quienes reciben la atención médica y constituyen el fin último de la educación médica".

Estos sistemas de ninguna manera pretenden sustituir, a priori, modelos o esquemas educativos vigentes. Se trata de insertar en ellos criterios explícitos de calidad y de enfatizar la calidad en los contenidos educativos. Durante el proceso de inserción caerían, por su propio peso, aquellos contenidos y métodos que demostraran no contribuir al incremento de la calidad de la atención. Por otra parte, en el esfuerzo de definición y alineación de estándares deberían también eliminarse aquellos criterios y procedimientos que afectan la calidad de la atención y, en consecuencia, no contribuyen a una educación de calidad.

El SEENECA está integrado por dos componentes fundamentales:

- 1) Educación DE calidad y, 2) Educación SOBRE calidad.
- La educación sobre calidad consiste en integrar en el curriculum de la carrera de medicina los conceptos sobre calidad de manera que los estudiantes tengan una clara visión de lo que la calidad significa y de las estrategias que existen para evaluarla y garantizarla.

La educación de calidad consiste en definir el "área de máxima calidad" hacia donde se enfaticen los contenidos educativos. Esta área de máxima calidad debe ser definida tanto desde la perspectiva de la educación como desde la perspectiva de los servicios. Así, se hace explícito qué es lo que el alumno debe saber BIEN de manera imprescindible y con ello le permite orientar su desempeño hacia una mayor calidad de manera totalmente consciente.

La implantación de un SEENECA requiere una metodología cuya explicación rebasa los límites de este trabajo al igual que la definición específica de los métodos de la acreditación o del mejoramiento continuo-calidad total. Baste reiterar, por ahora, que tampoco es posible esperar que de manera espontánea se oriente la educación médica hacia niveles de alta calidad por lo general implícitos cuando no difusos e inclusive confusos.

CONCLUSIONES

1. La calidad tanto en la atención médica como en la educación médica es ahora una prioridad. Se ha transitado de la preocupación por la cantidad a una preocupación predominante por la calidad.
2. La calidad de la atención médica y la calidad de la educación médica están íntimamente relacionadas y constituyen un ciclo iterativo.
3. Las estrategias de garantía de calidad utilizadas en los servicios son totalmente aplicables en las instituciones de educación médica.
4. Evaluar la calidad no basta para mejorarla.
5. La garantía de la calidad de la educación médica debe apoyarse en tres estrategias complementarias:

- La acreditación de las instituciones educativas
- La implantación de programas de mejoramiento continuo-calidad total al interior de las instituciones educativas
- Establecimiento de un Sistema de Enseñanza-Aprendizaje Enfocado en Calidad

GESTION DE LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA MEDICA

Roberto Passos Nogueira

Hablar de la calidad en un campo de actividad social tan importante como el de la educación médica nos deja a muchos de nosotros embargados de un sentimiento bastante ambiguo en cuanto al significado de la contemporaneidad del tema. Por una parte, no podemos ocultar la satisfacción de poder estar al fin en una especie de armonía intelectual con el resto del mundo, que insiste en hacer alarde del lema de calidad. Pero, por otra parte, no concebimos que ello implique una ruptura absoluta con las ideas y las propuestas del pasado y, en tal caso, queremos llamar a la atención el hecho de que hemos logrado acumular históricamente muchas experiencias y conocimientos que pueden ayudar a encontrar el mejor camino que debe seguirse en la nueva tendencia.

Al hablar de la gestión de la calidad identificamos intereses y enfoques que compartimos con otros millares de personas e iniciativas en el campo de la administración pública y privada. Esta situación puede ser satisfactoria para muchos de nosotros que, durante los últimos decenios, nos veíamos participando en un círculo bastante restringido de partidarios de movimientos reformadores. Pero, por coherencia de principios, entendemos que la preocupación por la calidad no corresponde a la ola pasajera de las sociedades avanzadas de consumo; admitimos, por consiguiente, que incluso en las sociedades como las latinoamericanas, el énfasis en la calidad de los bienes y los servicios tiene eco y ha ganado simpatía no sólo en la élite, sino también en toda una masa de población que está ansiosa por hacer valer sus derechos de ciudadanía. Además, cabe subrayar que esta identificación con otros campos de la industria y los servicios ha sido posible porque desde hace mucho tiempo hemos creído que para alcanzar los fines propios de las actividades de la salud, las personas deben ser más importantes que la tecnología. Toda la crítica que exponemos y las alternativas que buscamos ante el llamado "paradigma flexneriano" tienen el respaldo del enfoque actual gerencial de la calidad, centrado en las personas.

Por consiguiente, para ser contemporáneos, creemos que es importante mantener aguzada nuestra razón crítica. Sabemos, por ejemplo, que muchas iniciativas de la gestión de la calidad, sobre todo las del sector privado, se han caracterizado por una planificación normativa rígida e incluso autoritaria, en la que se usan excesivamente órdenes y exhortaciones pseudohumanistas, cuyo objetivo es el cambio pedagógico e institucional. Lo que ya logramos con la democratización de la gestión universitaria y lo que aprendimos de la planificación estratégica no nos permite retroceder a ese estado precrítico, ni ello parece posible dada la oposición de la voluntad política de los profesores y del propio alumnado. En el plano de las propuestas esenciales, hay que tener en cuenta que, en el curso de 20 años, hemos enarbolado banderas de innovación, tales como la integración de la enseñanza y el servicio, la investigación ligada a la comunidad, la reforma del programa de estudios, etc. Sería muy extraño que todo eso no tuviera nada que ver con las políticas que pueden promoverse desde el ángulo de la gestión de la calidad, aunque todos no sepamos bien cómo juzgarlas tomando como base el nuevo paradigma.

Tales consideraciones son útiles no sólo en el sentido de mantener una coherencia con las inquietudes del pasado sino para hacer frente a los posibles conflictos al decidir lo que se considera como acción en favor de la calidad en los diferentes aspectos del proceso institucional de la enseñanza médica. Será inevitable que surja la siguiente pregunta: "¿nada de lo que propugnábamos o hacíamos antes tenía en cuenta la calidad?". Esta no es, de ninguna manera, una pregunta ingenua, porque si la calidad se percibe desde el punto de vista de los alumnos y de los profesores, lo nuevo difícilmente puede representar un rompimiento total con el pasado.

Es muy probable que la filosofía de la gestión de la calidad apenas introduzca a través de tales iniciativas reformadoras un nuevo "cómo" y no un "qué" radicalmente diferente. En otras palabras, surgirá un "cómo" que acentúa y profundiza el compromiso con la visión de los alumnos y de los profesores, que se ciñe a rigurosos criterios de participación que aseguran la ampliación y la orientación de la gestión democrática de la universidad.

A continuación, voy a tratar de detenerme en la cuestión que se me propuso para este encuentro, que consiste en saber de qué modo las diversas experiencias de la gestión de la calidad, que actualmente se observan en el ámbito hospitalario y de los servicios de salud, pueden ayudar en general al lanzamiento de la gestión de la calidad en la educación médica.

Para empezar, quiero decir que es innegable que podemos aprender algo si consultamos a autores como Berwick y las publicaciones cada vez más numerosas sobre el tema, o examinamos las experiencias de los hospitales que osaron ser pioneros en ese campo. Existe un área considerable en que coinciden la gestión de la enseñanza y la gestión de los servicios en los hospitales universitarios, por ejemplo, donde los métodos de perfeccionamiento continuo pueden contribuir a mejorar los procesos administrativos y clínicos. Pero quiero poner de relieve, tal vez haciendo eco al sentimiento del personal docente, que hay algo muy específico en el campo de la enseñanza propiamente dicha. Aquí puede haber grandes equívocos si alguien hiciera una simple transposición de métodos.

Al entrar en el terreno de la educación, considero que se necesita un enfoque nuevo, una base filosófica diferente respecto a la calidad, aunque con algunos principios comunes a otros campos de la producción social. Se justifica aún más mencionar esta advertencia cuando se considera que Deming y otros autores clásicos de la gestión de la calidad siempre tomaron la educación como recurso primario para el desarrollo de la calidad, pero no se trató mucho como tema en cuanto al proceso de trabajo.

Para reforzar estas consideraciones críticas, me gustaría examinar tres grandes características de la enseñanza universitaria que históricamente la distinguen como lógica de trabajo. Tales características no constituyen de por sí ninguna novedad teórica y las menciono aquí sólo porque las considero elementos importantes de apoyo de las estrategias en favor de la calidad en ese campo.

En primer lugar, el hecho bien conocido de que nuestro cliente principal, el alumno, siempre se caracteriza como protagonista destacado de una labor que tiene que realizarse en forma compartida con el llamado proveedor principal, o profesor. La enseñanza y el aprendizaje obviamente constituyen una labor compartida. Esto es válido en cualquier tipo de educación, pero tiene consecuencias más profundas en la universidad, donde ya es avanzado el grado de madurez de los estudiantes en sus patrones de asimilación intelectual y moral. En esa etapa, el alumno es amo y señor de su aprendizaje y tiene universos infinitos de aprendizaje potencial que, por lo general, no se ve animado a explorar. Quiero subrayar aquí que la satisfacción de dicho cliente tiene mucho más que

ver con la ampliación de las posibilidades de aprendizaje autónomo que con las de la enseñanza dirigida directamente por el profesor. No existe conocimiento efectivo si no es fruto de un interés personal, como ya lo demostrara Kant hace dos siglos. Pero el hecho es que tanto la escuela como el profesor no saben cómo sacar provecho de ese potencial de interés en el aprendizaje, que siempre abunda tanto entre los alumnos. Y no saben hacerlo porque, entre otras razones, éste no es un tema de conversación entre los profesores ni mucho menos entre los profesores y los alumnos.

En segundo lugar, está el hecho de que el profesor universitario normalmente está fuera de los marcos normativos directos; es decir, trabaja con un amplio margen de autonomía docente. El profesor, a diferencia de otros trabajadores del campo de bienes y servicios, no se ve obligado a realizar actos repetitivos o sistemáticos controlados por normas técnicas externas. De ahí resulta que los procesos de enseñanza-aprendizaje gozan de un notable margen de innovación potencial, individual y colectiva. La enseñanza siempre puede ser más original y creativa de lo que estamos acostumbrados a ver, pero desgraciadamente ese margen de autonomía presupuesta institucionalmente no suele emplearse para propiciar experiencias nuevas y eficaces de enseñanza-aprendizaje. La escuela y los profesores no saben cómo aprovechar esa autonomía para generar nuevos procesos tanto en el plano individual de cada profesor como en el plano colectivo. Y no lo saben porque este asunto tampoco se examina en las discusiones entre los profesores. En general, lo que los profesores discuten en sus reuniones habituales, cada uno en calidad de representante único de algún departamento o grupo, son temas administrativo o relativos al programa oficial de estudios y punto.

En tercer lugar, está el hecho de que la comunicación constituye un vehículo esencial de esa labor compartida entre el profesor y el alumno. El entendimiento intersubjetivo a través del uso cotidiano y vivo del lenguaje auditivo y visual es el fundamento mismo del proceso de enseñanza-aprendizaje y no sólo un momento auxiliar. De ahí que esta forma de labor esté demarcada por una interacción básica humana, y no por objetivos externos que son propios de una acción técnica. Esa es exactamente la gran diferencia que podemos identificar cuando comparamos los servicios de salud con los procedimientos educativos en salud. Por ejemplo, para realizar una consulta médica, la comunicación entre médico y paciente apenas desempeña una función coadyuvante. En la educación, por el contrario, el entendimiento intersubjetivo entre el profesor y el alumno, o entre el conjunto de alumnos, es un objetivo en sí mismo y no un medio.

Podemos expresar esa diferencia en los términos revelados por la filosofía de Jürgen Habermas, que dicen que cuando hablamos de calidad en la educación, estamos pasando de una esfera en la que predomina el acto instrumental a una esfera muy diferente que se caracteriza por el predominio del acto comunicativo. Aquí, es el acto instrumental el que tiene que ser accesorio al acto comunicativo, a diferencia de lo que ocurre en el ámbito de los servicios de salud. Pero debería tratarse naturalmente de la forma auténtica del acto comunicativo, que estaría dirigida, en el caso ideal, hacia el entendimiento entre el profesor y el alumno y no hacia un flujo unilateral de mensajes. El entendimiento ideal sólo puede alcanzarse a partir de la presuposición de que el alumno tiene sus propios patrones autónomos de asimilación de conocimientos, de capacidades y de juicio moral y que, para consolidarlos, la autonomía del aprendizaje debe extenderse como ejercicio racional del lenguaje discursivo. Esto exige, a su vez, que se fomente el diálogo tanto entre los alumnos como entre el profesor y los alumnos. La actividad didáctica conlleva una discusión ilimitada y franca de todos los temas de interés, incluso si se basan en la presuposición de que una de las partes de la comunicación tiene un peso relativamente mayor, o que se expresa como autoridad del saber del profesor. Para que dicho ejercicio se convierta en una auténtica discusión, se debe recurrir al recurso de la duda sistemática; es decir, que debe llevar a una problematización espontánea de todos

los temas del programa de estudios. Hablo de problematización espontánea en el sentido socrático que sigue siendo una gran inspiración filosófica en la pedagogía de la calidad y por consiguiente, no me estoy refiriendo al programa de estudios basado en problemas, porque en tal caso las cuestiones centrales están preestructuradas.

El mayor obstáculo que se opone al libre flujo de la interacción comunicativa entre el profesor y el alumno se desprende del hecho de que el profesor siempre acostumbra a desempeñar la función del que tiene el deber de "transmitir" algo. Aquí, naturalmente, son los profesores quienes necesitan convencerse de las ventajas de pasar de una pedagogía de transmisión a una pedagogía de interacción. Y ello sólo puede realizarse cuando se pongan en el lugar del cliente, es decir, del alumno. Muchas veces se piensa que este tipo de obstáculo sólo se puede superar mediante una reforma del programa de estudios. Sin embargo, la reforma del programa de estudios tal vez se preste para tal finalidad sólo en la medida en que se conciba como una oportunidad de reexaminar todo el contenido y todos los objetivos específicos del acto pedagógico de la enseñanza médica. No obstante, lo que más se necesita es una reforma del enfoque comunicativo del profesor. Considero que, ante todo, esa temática debe incluirse en el temario de los grupos de calidad para que se discuta en tanto que disciplina y, por consiguiente, se torne en un tema de investigación sistemática. Al vencer las condiciones actuales, en las que el profesor actúa aisladamente, en forma independiente, y sólo se reúne para discutir cuestiones administrativas, los grupos de calidad están en condiciones de restaurar las bases colectivas de entendimiento entre los profesores respecto a los mejores procedimientos en el acto pedagógico, con el propósito de fomentar el perfeccionamiento continuo de las prácticas docentes.

Tales consideraciones permiten distinguir por lo menos tres líneas de reflexión que contribuyen a definir una estrategia de desarrollo de la calidad en la educación médica, que, a decir verdad, pueden ser válidas para toda la enseñanza superior:

- redefinir la autonomía del proceso de aprendizaje, con miras a otorgar mayor realización personal y satisfacción a los alumnos;
- redefinir la autonomía del proceso de enseñanza por parte del profesor con miras a permitir a los profesores mayor creatividad y orgullo por el trabajo realizado;
- redefinir el significado de una comunicación dirigida hacia el entendimiento, con la posibilidad de intervincular en forma coherente ambos procesos: la enseñanza y el aprendizaje.

Se trata, en tal caso, de una reflexión respecto a las dimensiones del proceso enseñanza/aprendizaje que puede ayudar a delimitar algunas presuposiciones de la calidad de la enseñanza, en contraposición a otros procedimientos industriales y de servicios. Es decisivo extender esa reflexión a los componentes de la investigación y los servicios, y especialmente los programas de integración docente-asistencial, dado que tales elementos del programa de estudios suelen ser dominados por un empirismo ordinario basado en la presuposición de que "para aprender basta con hacer". Es verdad que se aprende haciendo, pero también es verdad que es haciendo, apenas imitando, lo que predomina, que se asimilan los peores hábitos, que van a perdurar durante toda la vida profesional.

Como se dijo anteriormente, es necesario un análisis teórico de esa naturaleza en la medida en que sigamos reivindicando la especificidad social de enseñanza-aprendizaje, con la convicción de que aquí es preciso hacer un ajuste filosófico o doctrinario y no un ajuste metodológico solamente. Por ejemplo, se sabe que la gestión de la calidad en la producción de bienes nació de la preocupación de controlar la variación de las características de los productos y los procesos. En la enseñanza no

logro ver ninguna función notable para ese tipo de enfoque y, por consiguiente, si eso es verdad, habría poco lugar legítimo para las aplicaciones del control estadístico de los procesos.

La mayoría de los problemas que se deben afrontar tal vez dependan menos de un control técnico o estadístico y más de un entendimiento en cuanto a las bases conceptuales, el entendimiento compartido entre todos y teniendo en cuenta los principios universales de la calidad, tal como Deming los formulara. Consideremos, a manera de ejemplo, un problema como el de los exámenes de evaluación. Muchas veces, las evaluaciones, en forma de exámenes, no desempeñan ninguna función significativa en el refuerzo del aprendizaje y son más que nada fuente constante de diseminación de miedo entre los alumnos. En algunos casos, las evaluaciones son instrumentos al servicio de una inclinación sádica del profesor. Este es un ejemplo del grave obstáculo que se opone a la creación de un ambiente que estimule el aprendizaje y elimine el miedo al error. Implica no sólo la selección de enfoques y principios pedagógicos sino que también incluye aspectos éticos. Por consiguiente, es algo que exige un demorado asentamiento de bases de entendimiento intersubjetivo y estímulo para la renovación de los valores entre los profesores.

Según Deming, la evaluación y la clasificación de las personas debería eliminarla expresamente la dirección de una empresa. Pero la gestión de la calidad de la enseñanza superior no puede presuponer, ingenuamente, que la dirección universitaria pueda asumir el mismo grado de poder y autonomía que se observa en la gerencia de las empresas en los campos de la producción. La universidad ha cambiado mucho su estructura de poder últimamente, pero sigue siendo la expresión de un orden de fuerzas que siguen siendo de tipo corporativo; de ahí que todas las decisiones trascendentales suelen ser adoptadas tomando como base el consenso entre la dirección y el cuerpo docente. Por ello, el problema como el de los métodos y los méritos de la evaluación no puede solucionarse sin una larga discusión interna entre el cuerpo docente y los alumnos, mediante grupos o círculos de calidad, entre los que se resguarda la autonomía docente, pero se busca superar la participación exclusiva del profesor sentando las bases consensuales para la acción colectiva.

Quiero destacar, finalmente, que siguiendo esa línea de raciocinio, entiendo que la gestión de la calidad es una forma de conferir sustancia y coherencia de principios al modelo de la gestión democrática de la universidad, que viene surgiendo en América Latina desde la Declaración de Córdoba, a principios de siglo. En la mayoría de los casos, en los países latinoamericanos encontramos una universidad que está oficialmente democratizada mediante la acción de organismos representativos internos, pero que tiene un grado reducido del ejercicio de la "democracia directa" por parte de las categorías funcionales que la integran. La gestión de la calidad puede auspiciar una adhesión racional y emocional a una forma orgánica, es decir, disciplinada, de funcionamiento de la "democracia directa", que debería producirse, por ejemplo, a través de la constitución de grupos de calidad que fomenten un diálogo sustantivo y constructivo entre los profesores, los alumnos y los funcionarios.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE LONDRINA

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD COLEGIO DEL CURSO DE MEDICINA

EL CASO DE LONDRINA, BRASIL

*SALGADO, A.K.; ITO, A.M.Y.; BLANCO, E.E.A.;
MURAD, G.R.B.; CAMPOS, J.J.B.; JANKEVICIUS, J.V.;
ITO, K.; CORDONI Jr., L.; NOGUEIRA, R.P.;
SILVA, S.S.; BULA, S.L.; VALENTE, S.M.P. & TAMBURUS, W.*

Introducción

El curso de medicina de la Universidad Estatal de Londrina (UEL) se estableció en el año de 1967. Está académica y administrativamente vinculado al Centro de Ciencias de la Salud (CCS), que también está a cargo de los cursos de odontología, farmacia, enfermería y fisioterapia. El ciclo básico de estudios se realiza en el Centro de Ciencias Biológicas (CCB).

La Universidad está situada en la ciudad de Londrina, la cual cumple 60 años en 1994 y se encuentra al norte del Estado del Paraná, en la región meridional del Brasil, con una población de 387.913 habitantes, además de la población fluctuante diaria, concentrada en la zona urbana (93,4 por ciento), en la que conviven cerca de 650.000 personas, lo que le confiere una posición excelente dentro de la categoría de ciudad de importancia media.

Además de esa concentración poblacional, Londrina goza de una "posición" de polo regional, por ser la segunda ciudad más importante del Estado en términos de población después de la capital, Curitiba. Su influencia en el campo de la educación, la salud y la prestación de servicios llega hasta el sur de los Estados de Sao Paulo y Mato Grosso del Sur, abarcando una población de aproximadamente seis millones de habitantes. Según los datos demográficos, el crecimiento de Londrina fue acelerado tanto en términos nacionales como en comparación con otras ciudades del mundo.

Hasta 1993, la UEL había formado a 4924 profesionales en el campo de la salud, de los cuales 1637 eran médicos. Quinientos tres alumnos completaron especialización en residencia médica, con postgrados terminados a nivel de maestría 01 de salud colectiva y 03 de clínica médica. Actualmente, están matriculados regularmente 467 alumnos graduados, 48 médicos residentes y 45 en la maestría.

Las actividades académicas del curso de medicina en el ciclo clínico e internado médico (dos años) se realizan en cuatro grandes departamentos, a saber: el materno-infantil y de salud comunitaria, el de clínica médica, el de clínica quirúrgica y patología aplicada y el de legislación y deontología.

El órgano máximo en la esfera académica es el Colegio del Curso de Medicina, integrado por 21 miembros (docentes del ciclo básico, del clínico, del internado y tres representantes estudiantiles).

Antecedentes históricos

La aplicación del enfoque de la gestión de la calidad total en la educación médica asume una connotación de novedad en función de la discordancia comprobada cuando se dice que la salud no tiene precio (lo cual todos reconocen), pero que tiene costos (lo cual viven en carne propia los proveedores de servicios de salud). Es lo que se descubre al considerar el proceso de producción de los servicios de salud bajo la óptica de la gestión de recursos escasos dirigidos para satisfacer las necesidades aparentemente inagotables.

¿Qué son los servicios de salud? ¿Qué ofrece el sistema de salud a la población? ¿En qué medida (cobertura)? ¿Con qué resultados (efectos)? ¿En qué medida corresponden a las expectativas (satisfacción)? ¿Qué significado, o significados, tiene la expresión "calidad de los servicios de salud"?

Esas y otras interrogantes se están abordando en el ámbito del CCS enfocando el tema de la gestión de la calidad total. La propuesta que la OPS/FEPAFEM/ABEM presentó a principios de este año al Colegio del Curso de Medicina de la UEL, y que fue aprobada unánimemente, dió como resultado la aceptación del curso médico de la UEL como uno de los cuatro cursos seleccionados en América Latina para poner en práctica un proyecto piloto de evaluación, que cuenta con el asesoramiento del Dr. Roberto Passos Nogueira.²

Durante el curso de Estrategias de Reforma de la Enseñanza Médica realizado en el CCS/UEL, pudimos tener las primeras conversaciones con el Dr. Roberto, quien puso de relieve las características que hicieron que Londrina fuese escogida para participar en el proyecto de Gestión de la Calidad de la Educación Médica.

Posteriormente, se constituyó una Comisión de Coordinación de la Calidad de la Enseñanza Médica, cuyos nombres están relacionados con la conclusión del presente documento.

El CCS dentro del contexto de la calidad

La introducción del CCS en el movimiento nacional e internacional de reforma de la educación de los profesionales de la salud es fruto del proyecto de aplicación de un nuevo modelo académico, que es parte integrante del PROUNI-Ld (Proyecto de una nueva iniciativa en la educación de las profesiones de la salud: unión con la comunidad), cuyos principios centrales son: la unión academia-servicios-comunidad; el carácter interdisciplinario; la acción multiprofesional; la enseñanza y la investigación orientadas hacia los problemas prioritarios de salud de la población; la formación orientada hacia la integridad (la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación) de la atención de la salud; la unión enseñanza-investigación-asistencia; la integración del conocimiento de las asignaturas clínicas; la participación temprana del alumno en las actividades comunitarias y en los servicios de salud; la solución de problemas como método innovador de enseñanza que

² El Dr. Roberto Passos Nogueira es coordinador del Proyecto de Fomento de Medidas Pro-Calidad de la Fundación Oswaldo Cruz, es asesor en materia de calidad de la Fundación Ezequiel Dias, Belo Horizonte, y asesora, en este campo, a diversas instituciones hospitalarias. Ha publicado el libro "Perspectivas da Qualidade em Saúde", Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1994.

sustituya las clases expositivas; la práctica tutorial en la relación profesor-alumno; el uso de tecnología apropiada; la educación permanente como compromiso de la universidad.

Estos principios caracterizan el establecimiento de un nuevo modelo académico del CCS que continuará necesitando apoyo interno y externo, de dirección político-académica y de competencia gerencial durante muchos años.

En ese sentido se destaca el PEEPIN, proyecto especial de enseñanza ("Asistencia Primaria de Salud: prácticas multiprofesionales e interdisciplinarias") que inició sus actividades en marzo de 1992, dedicado a fomentar cambios en el patrón del programa de estudios convencional. El PEEPIN está abierto a los alumnos de las primeras series de los cinco cursos de graduación del CCS que quieran participar voluntariamente. En 1994 se habían matriculado 226 alumnos, lo que representa un 90 por ciento de los estudiantes de primer año.

En el proyecto participan 36 profesores de asignaturas del ciclo básico y clínico, quienes dedican un total de 120 horas a actividades semanales (4 horas) durante todo el año lectivo (36 semanas). El método de enseñanza adoptado es la solución de problemas, con un enfoque centrado en los estudiantes que, en grupos mixtos de 10 a 15 participantes, identifican los problemas prioritarios en la comunidad y en los servicios de salud y actúan en consecuencia, poniendo en marcha y sometiendo a prueba un proceso de aproximación e integración entre la práctica y la teoría y entre la enseñanza y el servicio. Los profesores asumen la función de tutores y en dicho proceso también aprenden ya que no tienen una formación previa en ese campo; pero sí están insatisfechos de los métodos convencionales de enseñanza y quieren experimentar con métodos innovadores.

La oportunidad que tienen los alumnos y los profesores de los diferentes cursos y asignaturas de compartir las experiencias ha facilitado la comprensión del papel que desempeña cada profesional y el entendimiento de que la complejidad de los problemas exige un enfoque interdisciplinario y una acción multiprofesional. Se observan cambios en la realidad sociosanitaria y también en las personas (los alumnos, los profesores, la comunidad y los profesionales de la salud) que influyen en ella, incluso desde el punto de vista de la relación ética, puesto que los patrones de comportamiento colectivo no se sustentan cuando la labor se realiza en equipo. Sin embargo, aunque ocurra un proceso tipo "efecto dominó" en el que otros profesores comienzan a sensibilizarse y a cuestionar los métodos tradicionales que utilizan, todo ello sigue siendo muy poco para que se operen cambios duraderos en el proceso de enseñanza y aprendizaje y para que de lugar a la formación de profesionales preparados para la acción multiprofesional. También se operan cambios en los servicios, que serán el futuro ámbito de acción de los nuevos profesionales, en el sentido de que la acción profesional llegue a desarrollarse.

Otro proyecto de enseñanza denominado TUTORIA, de carácter básico-clínico, utiliza el método del "Problem Base Learning" (PBL) y trata de superar la separación y el distanciamiento entre las dos etapas del curso de medicina.

Además, una de las asignaturas del programa de estudios del curso de medicina que se ofrece a los alumnos de tercer año, denominada Pediatría Social y Salud Colectiva, está adoptando un nuevo método de enseñanza centrado en la comunidad.

El PAI (Programa de Apoyo a la Investigación) del PROUNI-Ld está financiando 20 proyectos interdisciplinarios de investigación multiprofesional, que cuentan con la amplia participación de los alumnos.

En el campo asistencial, la dirección del Hospital Universitario, desde la administración anterior, ha venido poniendo en práctica iniciativas pertinentes a la garantía de la calidad, mediante varios métodos e iniciativas.

La UEL dentro del contexto de la calidad

En el primer semestre de 1994, la Comisión de Evaluación Institucional (CEI), mostrándose receptiva a la propuesta de la Calidad Total y deseosa de conocerla mejor, invitó a la Profesora Dra. Cosete Ramos, doctora en educación, que actualmente trabaja en el Ministerio de Educación como coordinadora adjunta del núcleo central de la calidad y la productividad.

En esa ocasión la Dra. Ramos dió a conocer los 14 puntos del método DEMING, que ella adaptó para la educación y que exponemos a continuación:

- * Adoptar una nueva filosofía de la calidad. Los líderes educacionales, que centran su atención en las necesidades, los intereses y las expectativas de los clientes de la escuela (los alumnos, las familias, las empresas y la sociedad), deben enfrentarse al desafío e ir a la vanguardia del cambio.
- + Definir, con la participación de las diferentes partes, el enfoque compartido de excelencia en la educación y la misión de la escuela. Mantener la constancia de los propósitos y la unidad de la dirección, utilizando estrategias que permitan mejorar los servicios educativos y alcanzar los objetivos propuestos.
- * Detectar, en su origen, los problemas de aprendizaje de los estudiantes y poner en práctica inmediatamente el refuerzo pedagógico necesario. Utilizar esquemas permanentes de evaluación en el proceso, que garanticen el éxito continuo y renovado del alumno, con miras a promover su satisfacción y mantenerlo en el sistema educacional. Eliminar todas las formas de desperdicio, en especial las derivadas de la evasión y la reprobación.
- + Velar por la calidad de los recursos, principalmente los de la instrucción; a saber, libros didácticos, los equipos y los materiales de enseñanza. Proceder a una selección cuidadosa y realizar transacciones a largo plazo con los proveedores, basadas en relaciones de lealtad y confianza.
- * Ofrecer una enseñanza cada vez más adecuada para los alumnos a los que atiende la escuela. Invertir en el perfeccionamiento continuo de los servicios y de los procedimientos para fomentar la mejora constante de la calidad y la productividad de los resultados educacionales.
- * Establecer, de modo permanente, oportunidades diversificadas de capacitación y de desarrollo de los recursos humanos de la organización. Establecer la capacitación durante el servicio, de preferencia en el mismo lugar, con miras a satisfacer las necesidades reales y concretas de la labor de la escuela.
- * Establecer el liderazgo en el entorno escolar. Los dirigentes tienen la responsabilidad de motivar, orientar y ayudar a todo el personal a realizar mejor su labor y a lograr los objetivos establecidos conjuntamente.
- + Eliminar el miedo de modo que todos puedan trabajar en forma positiva para la escuela. Establecer un ambiente de libertad y autonomía para la realización de las diferentes actividades en el establecimiento de la enseñanza.

- * Eliminar las barreras entre las diferentes áreas, evitando así la centralización administrativa, el aislamiento pedagógico y la influencia de grupos corporativos informales que impiden que la institución cumpla con su misión educadora. Estructurar equipos de calidad en los que las personas puedan trabajar juntas para resolver los problemas y ayudar a que la escuela tenga éxito.
- * Suprimir los lemas y las exhortaciones que, además de haber perdido su poder de convencimiento, fomentan la hostilidad entre las personas. Identificar y utilizar nuevos métodos de comunicación productiva, basados en la participación y el diálogo.
- * Abandonar las cuotas numéricas y los criterios tradicionales de evaluación del rendimiento que definen qué y cuánto debe producir cada profesional. Substituirlos con el ejemplo de los líderes y el control estadístico de los resultados en términos de educación, tomando como base la recopilación y el análisis de datos que indican el progreso realizado.
- * Eliminar las barreras que impidan sentir orgullo por la labor realizada, alentando a los profesionales de la institución a que se alegren de sus logros y sus contribuciones al esfuerzo colectivo. El éxito del alumno (presente y futuro) es el mejor indicador del éxito de la escuela y es un motivo genuino de orgullo de los miembros de la comunidad educacional.
- * Instituir un programa sólido de educación. Invertir en la educación permanente de todo el personal de la escuela, en particular del cuerpo docente, preparando el camino que conduzca a un mejor desempeño de su labor y sentando las bases verdaderas para que la enseñanza de calidad sea una realidad.
- * Hacer que todo el equipo docente, técnico, administrativo y de apoyo de la escuela, así como sus clientes, se comprometan a respetar los valores de excelencia e importancia que deben estar presentes en el esfuerzo educativo. Actuar de modo que se realice la transformación. Hacer participar a toda la comunidad escolar en el proceso de la realización de la transformación. La transformación es responsabilidad de todos."

A instancias de la Oficina Coordinadora de Recursos Humanos de la UEL, la actual administración de la rectoría (UEL VIVA), promovió el 20 y el 21 de junio una actividad de formación, con respecto al tema de la "calidad total", con los instructores Paulo Daniel Barreto Lima y Reiner Pungs, del Centro de Estudios Estratégicos de la Secretaría de Asuntos Estratégicos de la presidencia de la República, con la participación de la dirección del HU y los funcionarios técnico-administrativos del CCS.

Seminario de calidad de la enseñanza médica de la UEL

Los días 17, 18 y 19 de mayo de 1994 se celebró en Londrina, en el Hotel Crilon, el "SEMINARIO DE CALIDAD DE LA ENSEÑANZA MEDICA DEL CCB/CCS/UEL" bajo los auspicios del Colegio del Curso de Medicina con el apoyo del PROUNI-Londrina y coordinado por el Dr. Roberto Passos Nogueira. Los objetivos del seminario son los siguientes:

Objetivos generales:

Capacitar a los miembros de la Comisión para iniciar la puesta en marcha del proceso de gestión de la calidad de la enseñanza médica en la UEL.

Objetivos específicos:

Recuperar la imagen psicoafectiva de la calidad de la enseñanza.

Determinar los elementos consensuales para las representaciones y los objetivos de la calidad de la enseñanza médica.

Analizar la situación; es decir, el entorno político-institucional del CCS.

Definir en forma preliminar los problemas a los que se enfrentan las iniciativas en curso y los elementos político-institucionales.

Definir las próximas medidas que adoptará la Comisión.

Método

Los ejercicios se orientaron hacia el fomento de la interacción y la cooperación entre todos los miembros de la Comisión, con miras a encontrar núcleos mínimos de consenso, mediante el uso constante del método pedagógico de la solución de problemas, que requirió realizar continuamente un enorme esfuerzo para suscitar dudas e identificar problemas importantes, examinando el significado de la calidad en materia de salud dentro de cada contexto en particular.

La pregunta que se propuso para reflexión del grupo fue la siguiente: ¿cómo es la escuela de mis sueños? Posteriormente, los participantes se dividieron en dos grupos más pequeños para que examinaran a fondo la pregunta desde el punto de vista de los clientes y sus problemas.

Los informes presentados por ambos grupos, en reunión plenaria general, condujeron a los resultados que aparecen a continuación.

Resultados

Tomando como base la definición preliminar, establecida por el grupo, de representaciones y objetivos de la calidad, se señalaron los puntos principales que describirían la escuela ideal, con el objeto de registrar las características principales en una gerencia de calidad, considerando que los gerentes no son sólo las personas que están a cargo de la dirección sino que todos debemos ser gerentes en nuestra institución.

Las características idóneas (macro directrices) indicadas fueron las siguientes (presentadas en forma de pregunta):

- 1 ¿Cómo establecer una gerencia dinámica, que supere la estructura burocrática?
- 2 ¿Cómo elaborar estrategias con miras a la integración del ciclo básico-clínico, al ambiente interdisciplinario y a las actividades fuera del programa de estudios (en los servicios de salud y en la comunidad)?
- 3 ¿Cómo orientar las investigaciones hacia la integración del ciclo básico-clínico y básico-básico, de importancia clínico-epidemiológica, buscando elementos temáticos rectores que superen el ambiente administrativo burocratizado de la UEL?
- 4 ¿Cómo sensibilizar y capacitar a los profesores para que establezcan la evaluación diagnóstica, de modo que se supere el miedo en el proceso de evaluación, y cómo difundir la filosofía de la gestión de la calidad total en la evaluación de la enseñanza médica?

El Prof. Roberto Passos se basó en los resultados del seminario para redactar un trabajo que se presentó en el Seminario sobre Gestión de la Calidad en la Enseñanza Médica que se celebró del

20 al 24 de junio en Washington y que fue patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (véase el Anexo).

Realización de las operaciones

Basándose en los problemas identificados, se intentó abordar el tema tomando como referencia los siguientes principios de la filosofía de la calidad: el perfeccionamiento continuo, la satisfacción de los clientes, el sentirse orgulloso del trabajo y la flexibilidad.

Tomando como base la dificultad y la importancia (las consecuencias) de los problemas indicados, se optó por dar prioridad a los puntos 3 y 4, que se consideraron como instrumento para resolver los problemas 1 y 2, además de que permiten una actuación a corto plazo dentro del programa de calidad.

En ese sentido se decidió establecer dos equipos de calidad: uno de investigación y otro de evaluación.

Equipo de investigación

Se partió de la siguiente pregunta que se propuso para reflexión: ¿Cómo orientar las investigaciones hacia la integración del ciclo básico-clínico, clínico-clínico y básico-básico, de importancia clínico-epidemiológica, buscando elementos temáticos orientadores que superen el ambiente administrativo burocratizado de la UEL?

El equipo de investigación celebró la primera reunión que se ha registrado, de la Comisión de Investigación del CCS junto con la del CCB, donde se propuso la celebración de un seminario de investigación para el 15 de septiembre, con amplia divulgación principalmente entre los coordinadores de la investigación de los departamentos, los coordinadores de los proyectos financiados y presentados al PROUNI, los profesores participantes en los PEEPIN, los profesores participantes en el proyecto de enseñanza básica-clínica y los profesores de la asignatura Pediatría Social y Salud Colectiva del 3er. año de medicina.

El equipo de investigación también propone la búsqueda activa de la financiación de las investigaciones que no estén limitadas por las normas rígidas, burocráticas y paralizantes de la universidad, así como el registro mensual en disquete acerca de las investigaciones en curso en el CCS (con o sin registro en la CPG).

Los acontecimientos arriba mencionados tratan de responder a un razonamiento basado en una estrategia y una concepción pedagógica:

- la estrategia consiste en una ampliación progresiva, a través de círculos concéntricos, de la participación de la comunidad académica en la investigación;
- la concepción pedagógica consiste en que la investigación, entendida como una búsqueda activa de conocimientos, conduce a una nueva manera de enseñar y aprender. Esta nueva manera pone en tela de juicio los métodos tradicionales de enseñanza y las estructuras esclerosas que frenan las instituciones, contribuyendo así al establecimiento de una enseñanza de calidad.

Equipo de evaluación

Este equipo se basó en el conocimiento de que la evaluación es un proceso árido, difícil y, por estar impregnada de valores, es objeto de interpretaciones de la más variada índole.

Ello se debe al hecho de que los procesos de evaluación siempre estuvieron al servicio de un conjunto de fuerzas políticas, económicas y sociales dominantes en un determinado momento histórico. A fin de conservar los valores, se adoptaron y se adoptan posturas más arbitrarias, plenamente justificadas por los responsables de la dirección de los métodos de evaluación.

La inseguridad, el miedo, la ansiedad y el uso del poder son sentimientos y acciones que están constantemente ligados a la evaluación; por consiguiente, es perfectamente comprensible que este marco de referencia haga que las personas que pasan por los procesos de evaluación de naturaleza institucional, manifiesten los mismos comportamientos presentados en situaciones semejantes. Por otra parte, se percibe cada vez con más claridad (alimentada por experiencias bastante positivas) que la evaluación es necesaria para que se conozca el universo de acción y para que se tomen decisiones necesarias para superar los fallos detectados.

Se examina y se aplica la evaluación en el sector privado y público. A finales del siglo XX se está alimentando la idea de que el objetivo de la evaluación no es el castigo sino el cambio. No se puede cambiar lo que no se conoce y para conocerlo es necesario disponer de instrumentos capaces de medir adecuadamente lo que se trata de hacer.

El objetivo de la calidad total es incluir y evaluar todas las instancias del universo institucional, aprovechando al máximo los recursos existentes y apoyándose en datos analizados estadísticamente.

Con ese propósito, la Comisión de Evaluación, corresponsable del establecimiento de la calidad total en el curso de medicina, optó por realizar su labor en dos aspectos:

- en el primero, atendiendo al anhelo de los profesores y los estudiantes que, en forma reiterada, han manifestado el deseo de redefinir las prácticas de evaluación;
- en el segundo, apoyando el Proyecto de Evaluación Institucional, principalmente el Programa de Mejoramiento del Programa de Estudios (PMPE), por entender que este programa responde plenamente al objetivo de identificar los deseos, los problemas y las necesidades; indicando la orientación para los cambios necesarios.

En tal caso, la Comisión trata de:

- 1 Examinar y subsidiar las decisiones tomadas en base a los datos recopilados mediante el PMPE (cabe subrayar que el Proyecto de Evaluación Institucional prevé que la comunidad externa analice los datos recopilados por el PMPE, mediante asociaciones de clase y sindicatos, así como por los colegas de otras instituciones de enseñanza superior); y
- 2 Iniciar actividades orientadas hacia el fomento de las discusiones que conduzcan a una reflexión crítica respecto a las prácticas referentes a la evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la enseñanza médica. Por lo tanto, promoverá cursos, seminarios y grupos de trabajo, con el objetivo de sensibilizar a los profesores y alumnos respecto a la necesidad de reexaminar los procesos de evaluación.

Ya forma parte del ideario colectivo la comprensión de que "no se ama lo que no se conoce", y tal vez se pueda ampliar el concepto y decir que sólo se conoce lo que se evalúa.

Actividades realizadas

La Comisión de Coordinación de la Calidad de la Enseñanza Médica presentó el Plan de Prioridades en una reunión ampliada del Colegio del Curso de Medicina, realizada el 16 de agosto de 1994, destinada a la divulgación y la sensibilización de la comunidad interna acerca de la propuesta de gestión de la calidad de la educación médica. Algunos aspectos importantes de la reunión, que superó las expectativas de la Comisión de Coordinación merecen ser comentados:

- 1 La asistencia a la reunión plenaria se consideró excelente; se inscribieron 72 personas que representaban a todos los departamentos participantes en el curso, tanto del ciclo básico como del clínico. De éstos, el 30 por ciento manifestó por escrito al final de la reunión su interés en participar en el programa de la calidad.
- 2 La enorme participación en cuanto al número de personas que estuvo presente en los debates -de profesores del ciclo básico que enfatizaron estar de acuerdo con la propuesta de utilizar la investigación como instrumento de integración tanto vertical como horizontal entre las asignaturas del ciclo básico y clínico- constituye un buen marco de referencia para las futuras actividades del equipo de investigación.
- 3 La participación de todos los coordinadores de los Colegios de los demás cursos del campo de la salud simboliza la expectativa en cuanto a la difusión de dicha propuesta en todo el ámbito del CCS, lo que facilita la aplicación de la misma, mediante la mayor sensibilización que ha de obtenerse y, finalmente, el sinergismo de las acciones.
- 4 La participación de los alumnos fue inferior a la esperada; los que asistieron lo hicieron a pesar de que la reunión coincidía con las actividades didácticas. Ello merece que la Comisión adopte medidas específicas para superar esta limitación.
- 5 La participación de los funcionarios se consideró buena; por lo que se refiere al número de presentes y por la exposición que hizo el representante de la Comisión Coordinadora, quien puso de relieve que todos deben ser responsables de la labor gerencial.

Se concluyó que se habían logrado los objetivos iniciales de divulgación de un ideario y de sensibilización de la comunidad interna. La Comisión Coordinadora consideró el día 16 como un marco de referencia del inicio efectivo de la puesta en práctica de la Gestión de la Calidad de la Educación Médica en la UEL.

Bibliografia

- Aguayo, R. Dr. Deming, o Americano que Ensinou a Qualidade Total aos Japoneses, Record, Rio de Janeiro, 1993.
- Deming, W. Edwards. Qualidade: A Revolução da Administração, Marques Saraiva, Rio de Janeiro, 1990.
- Berwick, D.M. "Continuous Improvement as an Ideal in Health Care", *New England Journal of Medicine*, 320:53-56, January 5, 1989.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CIEBES), *Divulgação em Saúde para Debate, Vigilância Sanitária e Qualidade em Saúde*, número 7, Maio 1992.
- Novaes, H.M. & Paganini, J.M. *Garantia de Qualidade: Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe*, OPS e Federação Brasileira de Hospitais, Série Silos 13, 1992.
- Nogueira, R.P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro. Qualitymark Ed., 1994.
- OPS/FEPAFEM/ABEM *Gestión de la calidad de la educación médica - una propuesta de evaluación total* (inédito), 1994.
- OPS/OMS *Los cambios de la práctica y su influencia sobre la Educación Médica*, *Educación Médica y Salud*, N. 28:1, 1994.
- Ramos, C. *Excelência na educação: A Escola de Qualidade Total*. Artigo publicado na *Revista Tecnologia Educacional* - volume 21 - julho/agosto 1992. ABT (Associação Brasileira de Tecnologia Educacional). Rio de Janeiro.
- Ramos, C. *Pedagogia da Qualidade Total*. Qualitymark Ed., 1994.

ANEXO

Gestión de la Calidad en la Enseñanza Médica

Roberto Passos Nogueira

- 1 La gestión de la calidad de la enseñanza médica es un estilo de gerencia universitaria que trata de aprovechar la experiencia de varios campos de actividad social y económica, en los cuales el enfoque de la calidad ha tenido éxito, y trata de promover una mayor satisfacción de los alumnos, los profesores, los funcionarios y de la sociedad en general respecto a las características y a los resultados de la enseñanza médica.
- 2 Es un enfoque que busca promover actitudes e iniciativas de perfeccionamiento continuo de los procesos, mediante el diálogo y la acción conjunta entre las partes interesadas, principalmente entre los profesores, los alumnos y los funcionarios.
- 3 Tiene como objetivo dos formas complementarias de cambio:
 - cambio en las prácticas del programa de estudios (enseñanza, investigación y servicios);
 - cambio en la administración universitaria.
- 4 No delinea un contenido definido para tales cambios, sino que aplica principios y métodos de actuación que condicionan su orientación.

Entre los principios figuran:

- * La integración de las actividades, las funciones y las visiones institucionales.
- * La desespecialización de los empleados.
- * La unión entre la planificación, los conocimientos y la acción.
- * La educación permanente.
- * El énfasis en la combinación de la educación general con la educación para desempeñar el trabajo.
- * La flexibilidad en la concepción y la estructuración de nuevos procesos.
- * La ética y la responsabilidad en el trabajo.

Entre los métodos figuran:

- * El perfeccionamiento continuo de procedimientos mediante el uso de instrumentos discursivos y estadísticos para la solución de problemas.
 - * El intenso trabajo en grupo fuera de las actividades rutinarias.
 - * La formación de líderes en todos los niveles.
 - * La constante preocupación por la autoevaluación y por escuchar la opinión de los clientes externos (los alumnos, los pacientes, etc.).
- 5 Tales principios y métodos no preconizan un modelo específico para el programa de estudios, pero su aplicación se contrapone seguramente a algunas de las características de los modelos tradicionales (llamados "flexnerianos"). Del mismo modo, lo que dicen respecto a la gerencia

de las unidades universitarias, no imponen un modelo especial, sino que buscan la flexibilidad y el dinamismo, y se oponen a las prácticas burocratizadas de la administración.

- 6 Concebida de ese modo, la gestión de la calidad de la enseñanza médica es una forma de trabajar con las personas para darles responsabilidades y concientizarlas respecto a los cambios que se tornan necesarios tanto en las prácticas del programa de estudios como en la gerencia universitaria; es decir, es una forma de hacer que las propias personas escojan el rumbo y la orientación de tales cambios, en la que los líderes internos desempeñan una función decisiva para dar ímpetu al ambiente de trabajo y no cejar en los propósitos.
 - 7 El avance del proceso de calidad podrá reforzar las tendencias y los movimientos ya existentes; podrá también hacer que las personas visualicen nuevas alternativas. El sentido esencial es el de la participación y el diálogo común, en busca de una base consensual para que se produzcan los cambios necesarios. Se trata de un proceso que es necesariamente largo y está impregnado de algunos conflictos inevitables, que deben superarse mediante la acción de los grupos y de los líderes internos.
-



4 DIC. 1996

EL CASO DE MONTEVIDEO, URUGUAY.

Luis Carbajal

En la perspectiva de trabajo del Encuentro del día de hoy vamos a intentar relatar y resumir la etapa en la cual está la Facultad de Medicina del Uruguay -la única que existe en el país- con respecto al abordaje del tema de la calidad.

Referiremos la experiencia vivida en la última década, ya que antes hubo un largo período de receso universitario por la intervención de la dictadura militar que asoló al país. En este lapso se ha realizado un gran esfuerzo para actualizar y poner al día un sistema que estaba muy atrasado. Se asumió la tarea de reimplantar -actualizándolo y buscando las formas de adaptación al presente- un sistema de enseñanza que había comenzado a aplicarse en torno a los años setenta. Brevemente, vamos a relatar los esfuerzos realizados y la forma en que el sistema se está evaluando.

Nuestro **sistema de enseñanza** es cíclico, de tal manera que cada una de las etapas repite la etapa anterior, pero a un nivel diferente en cuanto a complejidad: los ciclos iniciales abordan los problemas en una primera aproximación (fig.1) y a medida que se progresa en el curriculum los mismos problemas son tratados en forma más profunda. También podríamos decir que en los primeros ciclos se abordan problemas muy amplios y en campos abiertos y a medida que se va avanzando va aumentando la especificidad, es decir, se va reduciendo el campo de acción.

Como cada ciclo implica la concurrencia de todas las disciplinas que tienen que ver con la enseñanza que se está ejerciendo en ese momento, necesitamos un sistema de regulación nuevo; en el sistema tradicional existía un Consejo con funciones directrices y los departamentos y servicios dependientes directamente de él y que en ocasiones obedecían muy poco a ese control central.

De aquí la necesidad de generar **un nuevo sistema regulatorio**. Cada uno de los ciclos mencionados tiene, por la conjunción de todos los departamentos que están incluidos en el mismo, una Comisión Coordinadora de Ciclo (fig. 2). De ésta participan, también, los estudiantes que están recibiendo la enseñanza a este nivel. Por supuesto, los departamentos y las cátedras, mantienen su autonomía, pero ahora se trata de una autonomía que hay que negociar en el seno de esa Comisión que sirve como elemento de amortiguación para la práctica docente -que antes era absolutamente ilimitada- de cada uno de los departamentos.

La Comisión tiene un coordinador general y coordinadores que son elegidos directamente por el Consejo. El conjunto de todos los coordinadores de cada ciclo forman la Comisión de Coordinación Curricular (fig.3), organismo que se reúne semanalmente y que, de alguna manera, ejerce la vigilancia de lo que ocurre día a día en la enseñanza de pregrado en la Facultad. Este organismo funciona en el seno del Departamento de Educación Médica aunque recibe el mandato del Consejo y de su Comisión de Enseñanza.

La línea gruesa es muy importante: separa lo que es política universitaria y cogobierno, donde están representados los docentes, estudiantes y egresados del organismo ejecutivo técnico. En este momento, con voz, también participan los funcionarios. Este es el órgano político y académico propiamente dicho. La conexión entre ambos, que antes era múltiple y diversa y se ejercía en cualquier rotura y por cualquier intersticio, ahora funciona exclusivamente a través de esa Comisión de Coordinación Curricular.

La puesta en marcha de estos nuevos mecanismos regulatorios nos han permitido superar una vieja etapa de autocomplacencia sustituyéndola por la conciencia de la necesidad de instituir controles de calidad.

En este período hemos realizado una serie de acciones para tratar de ver cuál es nuestra situación, tratando de conocer lo que está pasando y conocernos a nosotros mismos.

Hemos hecho múltiples **reuniones de carácter evaluativo** en forma de jornadas o talleres con todos los sectores de nuestra Facultad. Así, en 1991 los estudiantes que habían terminado el internado evaluaron el plan; en 1993 se hizo una encuesta de evaluación curricular, algunos de cuyos datos se presentan a continuación; el programa docente en comunidad en 1987 recibió la visita del Dr. Cosme Ordóñez, de Cuba, como evaluador externo; en 1989 y 1991 se hicieron encuentros internacionales donde se evaluó desde adentro y desde afuera nuestro programa docente en comunidad; en 1992 recibimos al profesor de psicología comunitaria de EE.UU., Prof. Kelly; en 1990 y 1992 hicimos evaluación de los programas clínicos en forma de jornadas de integración docente asistencial, que no sólo abarcó a la facultad sino que tuvo representantes del ministerio de Salud Pública, de organismos de atención de salud municipales y privados que están colaborando en este momento en la docencia.

En 1992, un evaluador externo, el Prof. Juan Roig, docente de la Universidad Autónoma de México, elabora un informe en calidad de evaluador externo sobre la enseñanza del Ciclo de Estructuras y Funciones Normales.

En la **encuesta de evaluación curricular**, el orden estudiantil establece que un plan que había sido forjado mucho antes y que no conocían, es aceptado básicamente en su filosofía, lo que no deja de ser promisorio. Algunos elementos negativos que se muestran en la fig. 4 no discrepan con la filosofía en sí misma sino con la propia duración del plan y la exigencia del mismo.

En cambio, si bien el sector estudiantil -esta fue una encuesta anónima- comparte el fundamento doctrinario del plan, al referirnos a su aplicación (fig.5) los resultados que se obtienen ya no son tan promisorios. Se manifiesta una fuerte tendencia a negar que se egrese con buena formación metodológica: he aquí una zona crítica, un punto muy débil en nuestro sistema actual de enseñanza ya que el estudiante percibe que, después de tantos años en la facultad de medicina, no tiene una sólida base metodológica, ingrediente esencial para capacitarlo, entre otras cosas, para la actualización permanente.

Si enfocamos ahora la **evaluación de los servicios**, tal como surge de una encuesta realizada sobre la opinión que tenían sobre su rendimiento sus propios integrantes, nos encontramos con algunas sorpresas (Fig.6). Los servicios creen que están haciendo relativamente bien la asistencia y la docencia de pregrado; que están haciendo menos bien la docencia de postgrado, y que están haciendo decididamente mal la investigación. De las tres etapas que se exploran en cada una estas tres actividades se considera que los planes son mejores que la forma en que se aplican y que se realizan mejor que la forma en que se evalúan. Por lo tanto, lo peor que se hace en esta facultad, a juzgar por la autoevaluación de los servicios es la evaluación de la investigación. He aquí otra aguda contradicción porque, tradicionalmente, cuando se ocupan los cargos docentes de esta facultad lo que se privilegia es la investigación científica, pero los servicios nos dicen que eso es lo que se hace peor. Este es otro punto débil de nuestro sistema que tendremos que modificar.

La **evaluación de los docentes**, (cuya planilla de registro de datos se muestra en la (fig.7) es hecha por los estudiantes y los docentes de grado superior. Por ahora no hay evaluación de pares. Si bien

recién estamos empezando a transitar este camino ya disponemos de algunos datos interesantes: los estudiantes son muy sensibles no sólo a lo que el docente sabe -obviamente ellos detectan al que sabe y al que no-, sino a la forma como se relaciona el docente con ellos. En esta planilla discriminan bien el docente que sabe y al que, además de saber, sabe enseñar y sabe tratarlos.

Tenemos también algunos elementos sobre **evaluación diagnóstica** proporcionados por un pretest realizado a la población que ingresa a la facultad de medicina. El cien por ciento, correspondiente a un puntaje máximo de 53 (Fig.8), representa todas las habilidades que los docentes que elaboraron la prueba hubieran querido que los estudiantes tuvieran. Esta es una prueba, principalmente, de habilidades intelectuales, de lectura de símbolos, tablas, textos, fórmulas matemáticas, químicas, etc. Es así como hemos podido comprobar que la población que ingresa está muy concentrada en la mitad de las habilidades deseables.

Estudiamos cinco variables de referencia. Tenemos un estudiantado (fig. 9) que se va femineizando lentamente; la relación del sexo al ingreso es de dos mujeres por varón. Hay tres jóvenes menores de veinte años por cada estudiante mayor de esa edad. Aproximadamente hay tantos ingresantes del interior como de Montevideo. La proporción de egresados del bachillerato público con respecto al privado es de tres a uno. Y también es de tres a uno la proporción de estudiantes que ingresan como debutantes con respecto a los que lo hacen con algún estudio universitario previo; los cuales son generalmente repitientes de la propia universidad.

Estos datos muestran, a través de un análisis de varianza (fig. 10) que sobre una media de veinticinco, tres de estas referencias se podrían tomar como significativas y discriminantes. El hecho de proceder de Montevideo -acá están en juego múltiples factores socioculturales- suma 2.4 al puntaje y el hecho de provenir del interior baja 2.4 a ese puntaje. La segunda referencia es la edad. Los más jóvenes suman un poco más de 2 y los mayores de veinte años restan un poco más de 2. Finalmente, el sexo masculino sube 1.4 y el sexo femenino disminuye el puntaje 1.4. Por lo tanto, la diferencia de rendimiento que existe entre el máximo correspondiente a un estudiante masculino joven de Montevideo y el mínimo de una estudiante del interior mayor de veinte años es del orden del 40%.

La fig. 11 muestra el espectro de puntajes de habilidades que van desde la zona de índices de facilidad de 0.8 -lectura, resolución de problemas con los mejores rendimientos- descendiendo progresivamente hacia el valor de 0.4: lectura de tablas, diagramas, creatividad, destrezas perceptivas. En la zona del "ultravioleta", por debajo de 0.4, tenemos la metodología científica y la lectura de fórmulas químicas.

Exploramos no sólo el sector cognitivo sino también las actitudes al ingreso.

El análisis factorial (fig. 12) puso en evidencia una especie de rosa de los vientos del estudiante que ingresa. En efecto, existen cuatro factores que se correlacionan con una actitud *humanista* -que felizmente predomina- a la cual se opone una *tecnicista*; el segundo componente es el *solidarista*, que se opone a la actitud *individualista*.

Contamos además con otro elemento permanente de evaluación diagnóstica al final de la carrera, que es la prueba del internado. El hecho de que ésta sea a la vez una prueba de méritos y oposición nos permite comparar ambos métodos evaluativos (Fig 13).

Como en otros países de América Latina el ámbito de enseñanza estuvo circunscripto casi

exclusivamente a lo largo de nuestra historia al redueto hospitalario. Hoy nos hemos proyectado fuera desbordando estos márgenes contando con docentes y estudiantes en muchos otros lugares de la comunidad. A esta abertura espacial, a partir de 1993 y con motivo de unas jornadas de discusión de tipo taller, la facultad ha empezado a extender el campo en otro sentido, al caer en la cuenta de que, después de todo, lo que está en juego es la educación médica permanente; que cualquier plan de pregrado o de postgrado tiene que estar basado y centrado en este componente que es un "continuum", como se decía en el día de ayer. La educación médica permanente está ligada al autoaprendizaje y éste implica, entonces, un nuevo tipo de docente: un docente que siga a los médicos que están actuando en el país, desde el pregrado hasta el retiro.

¿Cómo se hace la **profesionalización docente**? A través (Fig. 14) de una integración investigativo-docente-asistencial donde, obviamente, esté integrado lo básico y lo clínico. A título personal afirmaré que la formación básica debería ser tanto más intensa y más importante a medida que pasa el tiempo. En lugar de abrumar al joven de 18 años con una formación básica, tendríamos que abrumar al señor de cuarenta o cincuenta años que está ejerciendo la medicina, porque en las ciencias básicas es donde se da el recambio más rápido. El clínico sabe y aprende clínica haciendo clínica, pero no aprende las materias básicas. Habría, entonces, que invertir el proceso de enseñanza actual donde predominan al comienzo las materias básicas para desaparecer al final, para generar un sistema con muy poca materia básica al principio y mucho más de ella en etapas tardías.

En este año de 1994 -estoy brindando una información de acontecimientos muy recientes- se realizaron talleres que tienen que ver con la **planificación estratégica y con la gestión de calidad**. En esta circunstancia, hemos priorizado el cuestionamiento de la relevancia y de la pertinencia de nuestra acción, hemos abordado los problemas de la masificación estudiantil, que no está aislada sino doblada por la masificación docente. He aquí, entonces, la fórmula que nos dejan los talleres como desafío para el futuro. La pertinencia de lo que estamos haciendo, la pertinencia social de la política institucional, tanto en lo educativo como en lo investigativo y de servicio, el problema de la masificación estudiantil y el problema de la masificación docente.

Para terminar, no hemos descuidado los planteos derivados de la ética docente. A este respecto el mejor cierre de esta intervención será repetir las palabras de un insigne educador y biólogo, un gran investigador de este país que se llamó Clemente Estable: *"Por más que urja, la adaptación inmediata es la tarea más mediocre de la enseñanza"*.

EXPERIENCIA DE VALIDACION DE LA GESTION DE CALIDAD

LA EXPERIENCIA DE REFORMA CURRICULAR DE LA ESCUELA DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DEL VALLE - CALI, COLOMBIA

*Héctor Raúl Echavarría*¹

I. CONTEXTO DEL PROCESO

Desde 1992 la Facultad de Salud de la Universidad del Valle ha desarrollado un proceso estratégico participativo para reestructurar radicalmente su curriculum médico.

Este proceso implicó en una etapa inicial un análisis institucional total (contexto interno).

En una segunda fase se revisaron las relaciones con la comunidad, con el sistema estatal de salud, las implicaciones para la educación médica de la nueva Ley de Seguridad Social de Colombia que transforma la atención en salud, la crisis económica y de resultados de los modelos y sistemas de atención de salud mundiales, las nuevas corrientes globales en educación y práctica médica, y los nuevos modelos participativos y de organización de las instituciones y la sociedad misma (contexto externo).

El análisis interno y externo mostró unos nuevos paradigmas que llevaron a plantear la necesidad de revisar la Facultad en todos sus aspectos para poder conseguir un cambio curricular real que se ajuste a la nueva realidad social.

En ese proceso se hicieron los cambios siguientes:

1. MISION: Fue necesario replantear la visión y la misión de la facultad con una redefinición de objetivos y estrategias en muchas áreas, cambiando la óptica institucional y disciplinaria por una mirada comunitaria, donde la facultad acepta su compromiso y su papel en el contrato social, y define su misión como "la búsqueda del bienestar de la comunidad a través de la formación del recurso humano, la investigación y la extensión en salud".

Acepta también que parte de su misión es común con la de otras organizaciones estatales y sociales en los aspectos de promoción, prevención, curación, rehabilitación y desarrollo de políticas y modelos de atención en salud y desarrollo social, y por lo tanto debe establecer un nuevo tipo de relaciones docente-asistenciales partiendo del principio de que hay una franja en la que las misiones y por lo tanto las obligaciones y responsabilidades deben compartirse. Tal es el caso con los servicios estatales de salud con quienes desde la fundación de la facultad hace 44 años, hemos

¹ Decano, Facultad de Salud, Universidad del Valle

tenido unas excelentes relaciones docente-asistenciales que queremos mejorar.

El replanteamiento de la MISION se convierte en el eje conductor del resto del proceso.

2. ORGANIZACION INTERNA: La facultad cambia su organización tradicional de departamentos con un fuerte control médico por el de escuelas. Cada una de ellas tiene un director, una organización por departamentos, secciones y/o programas, y cuenta con un consejo de escuela.

Esta estructura permite la equidad entre las diferentes disciplinas, la administración, el control de gestión y el desarrollo.

Las Escuelas son:

- * Rehabilitación Humana con planes de estudio pregrado en Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional.
- * Bacteriología y Laboratorio Clínico con el plan de estudios de pregrado en la carrera del mismo nombre.
- * Odontología con los planes de estudios de pregrado en Odontología y de postgrado en Periodoncia. Y los planes a nivel técnico en Higiene Oral y Auxiliares de Consultorio.
- * Enfermería con un plan de estudios de pregrado, cuatro especializaciones y tres maestrías.
- * Salud Pública con cuatro maestrías en Salud Pública, Administración en Salud, Epidemiología y Salud Ocupacional.
- * Graduados en Ciencias Básicas con programas de maestría en Morfología, Fisiología, Farmacología, Bioquímica y Microbiología y programa de doctorado (PhD) con énfasis en Neurociencias y Microbiología.
- * Medicina con plan de estudios del mismo nombre, quince programas de especialidades clínicas y cuatro de especialidades.
- * Se crea una estructura central de apoyo a las escuelas conformada por las vicedecanaturas de curriculum, investigaciones, extensión y académica, y oficinas de proyectos específicos de apoyo o desarrollo institucional, promoción académica, salud y violencia, comunicación en salud, becas y relaciones internacionales, programa UNI de la Fundación Kellogg y sistemas. Se crea además una dirección administrativa que permite modernizar la administración y el manejo financiero.

3. REORGANIZACION FISICA: Las áreas se replantean para que respondan a la nueva organización por escuelas, se recuperan los espacios físicos que más lo necesitan, se inician trabajos para tener una nueva biblioteca, se crea una unidad de telemática (Sistemas de Información en Salud, SIMSA), y se realiza un desarrollo urbanístico que permita recrear las zonas comunes donde se puedan dar físicamente los espacios de encuentro y humanización que la reforma académica busca.

4. ACTUALIZACION TECNOLOGICA en laboratorios, computadores y tecnología pedagógica.

5. CREACION DE ESPACIOS DE LIDERAZGO: Se pasa de una organización de posiciones directivas que se renuevan muy poco, a una más flexible donde aparecen nuevas oportunidades

directivas y se mide la gestión por resultados.

6. **INTERNACIONALIZACION:** La facultad reabre sus relaciones internacionales que la habían caracterizado desde su fundación en 1950 hasta el comienzo de la década de los setenta. Se hacen convenios con universidades en Norteamérica, en Europa y en Japón y con organizaciones estudiantiles internacionales; se vincula la institución con redes internacionales de educación médica (programa UNI de Kellogg, convocatoria mundial de la OMS para el Cambio en la Educación y la Práctica Médica), se realizan proyectos internacionales de investigación y se inicia un programa de intercambio de estudiantes e internos con Estados Unidos y Europa.

7. **CAMBIO CURRICULAR:** En ese clima de replanteamiento de valores, reorganización y crítica interna, y análisis y participación en los procesos mundiales de cambio en la educación médica, la escuela de medicina comienza el cambio curricular con un grupo de trabajo en el segundo semestre de 1992 y con un proceso amplio y participativo a partir de enero de 1993.

II. PROCESO DE LA REFORMA

El proceso del cambio se inicia en 1991 al ser invitada la facultad a participar en el proyecto UNI de la Fundación W.K.Kellogg, lo que genera un proceso de análisis curricular parcial en todos los planes de estudio.

En junio de 1992 llega a la facultad un nuevo grupo directivo crítico con el curriculum tradicional que toma la decisión de revisar toda la estructura curricular del plan de estudios de medicina. Se crea un grupo de análisis curricular cerrado y pequeño que elabora un primer documento de propuesta de cambio. Simultáneamente la facultad es aceptada en el proyecto UNI lo que genera intercambios internacionales que enriquecen el documento original que avanza a una segunda y una tercera versión.

La tercera versión es repartida a todos los docentes en enero de 1993, lo que inicia el proceso de análisis curricular a un nivel amplio. La propuesta es discutida personalmente por el Decano con todos los docentes de los departamentos de las escuelas de medicina, salud pública y ciencias básicas, con la intención de informar, motivar, retroalimentar el proceso e iniciar el manejo anticipado de la resistencia al cambio que era esperada como un fenómeno que acompaña los cambios en las universidades.

El proceso de análisis es enriquecido por la participación de la facultad en el encuentro de Decanos de las Facultades y Escuelas Médicas del Grupo Andino, preparatorio a la Cumbre Mundial de Edimburgo, realizado en la ciudad de Cartagena. Simultáneamente se tuvo acceso a documentos internacionales sobre cambio curricular que aportaron nuevos elementos conceptuales y operativos (PAHO, WHO, R.W.JOHNSON FOUNDATION, W.K.KELLOGG FOUNDATION, ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, WORLD FEDERATION OF MEDICAL EDUCATION, BRITISH MEDICAL JOURNAL, REFORMA CURRICULAR EN GRAN BRÉTAÑA, etc.).

En mayo de 1993 se realiza, organizado por la facultad, el quinto Encuentro Nacional de Educación en Salud, como parte del proceso de cambio curricular; con él se inicia la participación de expertos nacionales e internacionales.

Simultáneamente la Universidad lleva a cabo una propuesta de cambio curricular basada en la

flexibilidad curricular, la formación integral y la autoeducación. Esto hace que en ese momento exista una propuesta curricular de la Fundación W.K.Kellogg, otra de la universidad a nivel central y otra de la escuela de medicina. Los dos primeros procesos no implican un cambio curricular total, el último sí. Se inicia entonces la tarea de manejar en la escuela de medicina los tres procesos como un todo y de integrar la reforma del plan de estudios de medicina con la de los otros dos planes de estudio de pregrado de la facultad, dentro de una filosofía de interdisciplinariedad docente y de aprendizaje de los estudiantes en equipo.

El segundo semestre de 1993 se invierte en definir con mayor claridad los fundamentos epistemológicos, científicos, tecnológicos, pedagógicos y logísticos de la propuesta de reforma y en buscar los mecanismos más eficientes para gerenciar el proyecto.

En el primer semestre de 1994 se escoge un coordinador de la reforma al que se asigna esa función con dedicación exclusiva. Se realizan talleres y encuentros, se crea la oficina de desarrollo pedagógico como una estructura estable para la capacitación e investigación pedagógica, se integran los tres componentes del proceso de reforma (UNI, reforma de la universidad y de la escuela de medicina), se crea un grupo social dependiente temporalmente de la decanatura con el fin de trabajar este componente dentro de la reforma y se decide crear dentro de la escuela de medicina una estructura de manejo del plan de estudios de pregrado independiente de los departamentos quienes tradicionalmente lo habían administrado en forma fragmentada. Se asigna un grupo de especialistas y médicos familiares para integrar esa estructura con dedicación exclusiva al proceso de cambio.

Se plantea además la creación de una organización tutorial dependiente de la estructura de pregrado, conformada por un tutor que acompaña a cada grupo durante toda la carrera (tutor de carrera), con funciones administrativas directas, tutores individuales y comités tutoriales dirigidos por el "tutor de carrera" e integrado por los docentes de cada semestre.

El segundo semestre de 1994 debe dedicarse a la organización de la estructura central de manejo de pregrado, la asignación a esa estructura de las horas docentes que cada departamento debe asignar al pregrado y la escogencia de los tutores y la puesta en marcha de la estructura tutorial y la continuación del proceso de reforma por ese gran conjunto de docentes que conformarán la nueva estructura del plan de estudios de medicina.

Mirado en su conjunto los cuatro semestres invertidos en el proceso de reforma han permitido lograr claridad en los conceptos, la pedagogía, la implementación y la administración; se ha conseguido además dar una clara direccionalidad poniendo todos los recursos administrativos, económicos, de personal, pedagógicos y políticos de la facultad a favor de la reforma. A medida que el proceso avanza se ha ido ampliando el grupo de profesores participantes en él.

El trabajo de reforma del plan de estudios de medicina es entonces una actividad permanente en el que participan docentes de todas las escuelas de la Facultad de Salud, docentes de las Facultades de Educación, Humanidades, Filosofía y Ciencias Sociales y Económicas de la universidad, asesores nacionales e internacionales, estudiantes de todos los semestres de medicina, fundadores y antiguos directivos de la facultad, miembros de organizaciones no gubernamentales de la ciudad con vínculos con la facultad, médicos de los sitios de práctica de los estudiantes de medicina y personal de la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de Cali. Se ha contado también con la participación de miembros de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME.

La metodología es la de grupos interdisciplinarios de discusión permanente, los que de manera participativa construyen progresivamente los conceptos y definen la forma de hacerlos operativos. Las propuestas se exponen en talleres y seminarios creándose de esta manera un clima de discusión y análisis permanente.

Los problemas se han derivado de la resistencia pasiva de muchos docentes, del déficit de docentes que la Universidad tiene al no poder reemplazar los profesores jubilados -lo que se cree puede solucionarse a partir del próximo año cuando el Estado a través de la nueva Ley 100 de Seguridad Social asuma la deuda prestacional de la universidad pública colombiana-, de las necesidades económicas para contratar temporalmente docentes y asesores pedagógicos, para adquirir tecnología docente adecuada para las nuevas modalidades pedagógicas y de la necesidad de identificar deficiencias en la estructura organizacional tradicional y crear nuevas circunstancias que las corrijan.

Los estudiantes del primer grupo de reforma inician el tercer semestre en agosto de este año. En este grupo se han implementado sólo parte de los cambios dada la complejidad del proceso.

III. PRINCIPIOS

Los principios generales de la reforma curricular incluyen:

- Interdisciplinariedad: En el rediseño curricular total y en el de cada uno de sus componentes, así como en la implementación y docencia directa con los estudiantes, participan además de los profesores de medicina, los de otras profesiones de salud, otras áreas de la universidad y miembros del sistema estatal de salud. Comunidad, ONGs, asesores y estudiantes participan en la discusión conceptual.
- Integralidad: En la gran mayoría de espacios curriculares están representados todos los aspectos del proceso salud-enfermedad: promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como los componentes del conocimiento que conforman la educación médica: ciencias clínicas, básicas y sociales, humanismo, humanitarismo y ética.
- Flexibilidad: Parte del principio que los estudiantes tienen diferentes capacidades, gustos, habilidades y oportunidades, y que el manejo de la salud se enriquece con la presencia de médicos con diferentes enfoques y capacidades, a diferencia de lo que sucede con el modelo tradicional que pretende formar médicos uniformes. La flexibilidad se está desarrollando en los siguientes niveles:
 - * Al ingreso: la universidad, y así lo ha solicitado la facultad, estudia la posibilidad de recibir a los estudiantes no al plan de estudios dentro de una facultad como ha sido tradicional, sino a un área del conocimiento (científico-social, humanístico-artística, científico-matemática, científico-biológica-social), donde emplearía dos años en un proceso de fundamentación amplia en el área del conocimiento escogida por el estudiante y se le daría además una formación ciudadana adecuada. Al terminar los dos años los estudiantes de cualquiera de esas áreas y por un proceso de concurso, ingresarían al plan de estudios de medicina. La escuela de medicina definiría cuántos estudiantes recibiría de cada una de las cuatro áreas.

- * En el proceso: El diseño curricular prevé que treinta por ciento del tiempo sea utilizado por el estudiante en estudios electivos, con áreas de énfasis entre las que están el área clínica, investigación, el área básica, administración, sistemas, el área social. Todos los estudiantes tienen una formación común (core curriculum).
- * En el egreso: El tiempo de materias electivas y el año de internado, pueden aprovecharse para que los estudiantes que lo desean puedan hacer estudios de postgrado en el área social (maestrías), en el área clínica (especializaciones) o en el área básica (maestría y doctorado). Esto permite acortar el tiempo de estudios sin comprometer la calidad. Los estudiantes optarían entonces por títulos combinados al final de la carrera, como médico-magister, médico-especialista y médico-doctor (PhD). Otra ventaja adicional en el caso de quien opte por el título de médico-magister en cualquiera de las áreas de salud pública y en el caso de médico-especialista clínico, es que el año social obligatorio puede realizarse al final de los estudios de postgrado, que ya ha sido aceptado por el Ministerio de Salud, esto permitiría tener especialistas de la medicina en regiones del país donde nunca se ha tenido su presencia.
- * Humanismo: Pretende complementar la educación social y biológica con esos aspectos del ser humano que lo obligan con el país, el medio ambiente, la cultura y el deporte. Es el espacio para conocer, discutir y aceptar otras culturas y otras ideas.
- * Humanitarismo: La sensibilidad por los problemas del ser humano y la comunidad que han caracterizado la medicina, deben volver.
- Priorización epidemiológica: El estudiante debe tener unos excelentes fundamentos básicos, sociales y clínicos pero no se le debe intentar enseñar toda la patología clínica existente. Esta debe priorizarse de acuerdo al perfil epidemiológico imperante.
- Orientación comunitaria: El estudiante debe formarse en todos los niveles de atención pero se le debe dar importancia al contacto con la comunidad y a los niveles de atención donde se realizará la mayor parte de su práctica profesional futura.
- Enfoque desde la salud: la posición tradicional de la facultad de orientar la docencia desde el ángulo de la enfermedad, es replanteado.
- Conocimientos mínimos: la estrategia de enseñarlo todo se cambia por la de unos contenidos mínimos que garanticen la calidad del acto médico.
- Problematización: la educación alrededor de situaciones y problemas reales de salud permite un mejor aprendizaje porque es posible ver la aplicación real de lo que se estudia, se construyen asociaciones que fijan mejor lo aprendido y se estimula el raciocinio.
- Autoeducación: el estudiante pasa de un rol pasivo a uno activo donde él mismo construye su conocimiento, siendo el docente un facilitador y un orientador. Esto permite una mejor formación, un mejor aprendizaje y da las bases para que la educación continua acompañe al futuro profesional.
- Utilización activa y sistemática de medios electrónicos incluyéndose métodos modernos de comunicación y consulta a bases de datos, y programas docentes como simulación, anatomía, etc.

IV. IMPLEMENTACION

Los espacios docentes donde se da la integración de los principios y componentes del curriculum son el Núcleo Temático, los Sistemas y las Prácticas Clínicas Integradas, que se constituyen en encuentros de la interdisciplinariedad, la docencia, la investigación y la integración docente asistencial.

En cada uno de esos espacios docentes hay grupos interdisciplinarios de trabajo. Después de muchos años los profesores del área básica se desplazan a los espacios clínicos y los del área clínica a los básicos. Tal vez por primera vez los profesores del área social interactúan con los de clínicas y básicas para diseñar el curriculum y educar en conjunto.

Los mayores problemas son la falta de profesores y la dificultad para que los especialistas acepten otros escenarios y otros grupos de trabajo diferentes a su respectivo departamento.

V. CONCLUSION

Una NUEVA MISION, un clima de INTERDISCIPLINARIEDAD y la CONSTRUCCION permanente, crítica y participativa son el gran marco de referencia de la experiencia de Cali.

“EXPERIENCIAS DE VALIDACIÓN DE LA GESTIÓN DE CALIDAD”

GESTIÓN DE CALIDAD EN LA EDUCACIÓN MÉDICA EN EL PROYECTO “SALTO CUALITATIVO” EN PINAR DEL RÍO, CUBA

Teobaldo Triana Torres, Andrés Marín Ortega

Alcides Ferrer Obeso, Alberto Hatim Ricardo

Rolando Rey Bravo, Ramón Syr Salas-Perea

El desarrollo e implantación de los nuevos conceptos para llevar la educación permanente de todos los trabajadores de la salud hasta el último rincón en la provincia de Pinar del Río, surgió en la ejecución del proyecto “Salto Cualitativo”^(1,2), auspiciado por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud. Su objetivo esencial ha consistido en introducir, validar y generalizar la propuesta de reorientación de la educación permanente,^(3,4,5) de acuerdo con las condiciones concretas de Cuba.

El proyecto ha propugnado la ejecución de una propuesta metodológica para la búsqueda de alternativas de interacción de los procesos de trabajo y educativo en los servicios de salud que posibilitara una serie de cambios en los procesos educativos, de modo que los mismos quedaran insertos en los propios servicios de salud, cuya problematización se convirtiera en el eje fundamental del aprendizaje y de la transformación de los trabajadores de la salud, así como de la calidad de los servicios que ellos brindan a la población.

La esencia del proyecto ha estado en la necesidad de potencializar la vinculación de la Facultad de Ciencias Médicas con la identificación y solución de los problemas de salud de la comunidad. Este sistema de educación permanente se inserta en un contexto, en el cual es imprescindible lograr un ambiente idóneo en el orden político, organizativo, motivacional y de dirección científica, que sea capaz de iniciarlo y mantenerlo sistemáticamente.

A partir del análisis del contexto se estructuró un marco referencial compuesto por tres núcleos esenciales: el organizacional, el de la dirección técnico-profesional y el motivacional que permitiera un enfoque sistémico e integrador para la implementación de la investigación-acción⁽⁶⁾ y las posteriores intervenciones educativas dirigidas a la solución de las necesidades identificadas, que posibilitaran el desarrollo subsecuente de variados protocolos de investigaciones educacionales y en salud, como fundamento de los procesos de educación permanente.

La ejecución del proyecto y su organización se concibió en diferentes momentos superponibles y cíclicos⁽⁷⁾, siempre sobre la base inicial de identificar los principales problemas que permitieran conformar el diagnóstico del estado de salud de la población, y establecer prioridades en estrecha relación con los problemas biológicos, sociales, ambientales, el estilo de vida y la atención a la

salud. Se capacitó a los líderes de la comunidad para favorecer la efectiva participación de los mismos en la identificación, comprensión y solución de los problemas de salud. Las actividades educativas no se limitaron a los líderes, sino que se abarcó a los integrantes de las propias comunidades.

Los problemas identificados se ordenaron en prioridades, teniendo en cuenta para ello: su frecuencia, factibilidad, tendencia, accesibilidad y la existencia de los recursos requeridos para su abordaje, entre otros. Con posterioridad se analizó cuáles de estos problemas tenían solución a través de la educación permanente, iniciando entonces el proceso de identificación de necesidades de aprendizaje (INA), y se estableció a su vez un orden de prioridad en correspondencia con el diagnóstico inicial y la realidad de cada contexto, con el objetivo de realizar la estrategia de intervención, individual o grupal, que tuvo como propósito maximizar la eficiencia, la eficacia, la efectividad y la equidad del proceso de salud a nivel local.

Actualmente se está desarrollando la evaluación del impacto de los procesos de intervención educativa en los servicios de salud, estableciéndose los indicadores que generan la información necesaria para observar los cambios que se han ido produciendo en el estado de salud de la población, en la competencia y el desempeño profesional de los trabajadores y estudiantes, así como la satisfacción de la población y la calidad del servicio ofertado, tanto desde el punto de vista técnico, como de las relaciones interpersonales; bases axiológicas de futuros protocolos investigativos a desarrollar.

La información resultante de cada uno de los indicadores seleccionados, retroalimenta el sistema a través del monitoreo y la evaluación, para la constante rectificación de las imprecisiones que se detectan o el análisis de nuevas situaciones que surjan durante el desarrollo del proceso, garantizándose así la continuidad cíclica de los diferentes momentos del proyecto.

Particular análisis requiere la participación comunitaria insertada en el proyecto; en lo que ha influido la coincidencia del proyecto con el proceso de reorganización y descentralización del gobierno local, con la constitución de los Consejos Populares, los cuales están integrados por delegados electos y representantes de los distintos sectores administrativos.

Estrategia desarrollada

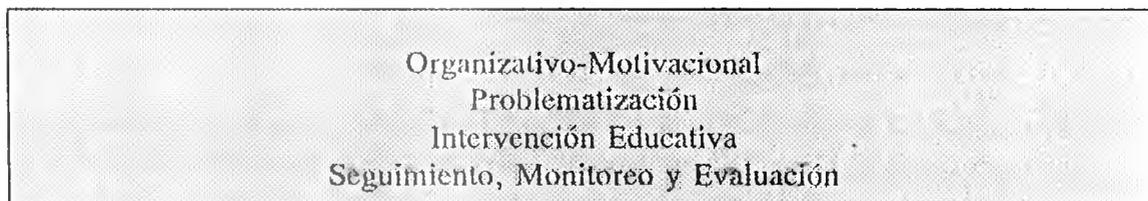
Sobre la base de nuestras necesidades y a punto de partida de la propuesta de reorientación de la educación permanente de la Organización Panamericana de la Salud ⁽⁹⁾ el Ministerio de Salud Pública adoptó todo un conjunto de medidas ⁽¹⁰⁾ que sirvieron de apoyo para la ejecución del proyecto. El Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM) trazó las pautas, orientó y guió el trabajo didáctico y metodológico a desarrollar con el fin de identificar y solucionar los principales problemas que inciden en la calidad de los servicios que recibe la comunidad, ofreciendo la metodología para su enfrentamiento ^(9,12).

La Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río ha constituido el centro coordinador e integrador que lidera el proyecto, junto con la activa participación de la Dirección Provincial de Salud, realizando la concertación y negociación de los intereses de los respectivos factores que inciden en la garantía del estado de salud de la población.

El proyecto, en su protocolo inicial, abarcó inicialmente a cuatro policlínicos, con una población aproximada de 35000 habitantes cada uno, con áreas tanto urbana como rural, seleccionados de los

Municipios Pinar del Río y Consolación del Sur. En la actualidad el Proyecto alcanza a la totalidad de la provincia, que cuenta con 720000 habitantes ⁽¹³⁾.

El proyecto se estructuró en **momentos** que son estadios organizativos que responden a objetivos específicos. En su inicio tienen un avance lineal, consecutivo, pero durante su desarrollo cada problema tiene una ejecución muy propia, cíclica o a saltos, superponible, por lo que en un mismo período de tiempo los problemas pueden tener **momentos** diferentes. Se establecieron 4 momentos:



El **momento organizativo-motivacional** contempla la discusión y análisis de la propuesta metodológica; y la selección de los grupos de trabajo de las áreas, los municipios y el de la provincia y su organización en círculos de calidad. A su vez se escogen los policlínicos y se estudia la bibliografía disponible, así como se evalúan las experiencias analizadas en los talleres nacionales efectuados ^(14,15).

Se inicia con la motivación consciente de los líderes de las comunidades acerca del alcance y las ventajas del proyecto, para convertirlos de hecho en los principales facilitadores del proceso en sus respectivas áreas; como paso previo a la divulgación del proyecto entre los trabajadores de la salud y su subsecuente convencimiento acerca de la necesidad y factibilidad del mismo. Durante este momento se realiza la selección y capacitación de los facilitadores.

El **momento de la problematización** se inicia con la identificación de los problemas de salud existentes en la comunidad con la participación activa de sus integrantes; se establecen las prioridades en correspondencia con los Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana hasta el año 2000 ⁽¹⁶⁾; y se definen de ellas cuáles tienen solución a través de intervenciones educativas dirigidas a los trabajadores de la salud y/o a la propia comunidad. Se parte del supuesto de que la comunidad tiene problemas y la facultad y las instituciones de salud cuentan con los recursos humanos que deben estar en función de identificarlos y solucionarlos.

En el **momento de intervención educativa** se ejecutan los procesos diseñados, que abarcan actividades de tutelaje y educación en el trabajo, entrenamientos, talleres, discusiones de grupos, y cursos de actualización y complementación.

A continuación se desarrolla el **momento del seguimiento y monitoreo** del proceso e inicia la **evaluación** de su impacto en la calidad de los servicios de salud, la satisfacción de la población y su repercusión en la autotransformación de la Facultad, y cómo incide el cambio en la actitud y necesidades del claustro, la viabilidad hacia nuevas concepciones curriculares con el abordaje de la identificación y solución de problemas de salud con un fuerte componente bioético y de la semiótica; los métodos andragógicos; la necesidad de incrementar la evaluación de la competencia y el desempeño profesional y la necesaria instrumentación de nuevos estilos gerenciales.

La retroalimentación que conlleva el análisis de cada indicador evaluado nos permite, de forma

flexible y dialéctica, retornar al momento requerido, reactivándose el proceso.

Resultados

En los tres años de aplicación del proyecto “Salto Cualitativo” se ha producido un proceso de maduración, con la profundización de los conocimientos y metodologías por parte de los dirigentes, coordinadores, facilitadores y trabajadores involucrados en el mismo. El proceso de concertación y negociación desarrollado ha sido eficaz, lo que ha permitido la incorporación activa y consciente de los factores intra, extrasectoriales y de la comunidad.

Al evaluar los resultados obtenidos en este período podemos significar los siguientes:

- La Facultad de Ciencias Médicas se ha redimensionado, desde su nuevo posicionamiento, incrementando su compromiso institucional con la sociedad, materializado en la integración con los servicios; con la participación activa de los profesores y educandos en el trabajo, tanto en la búsqueda de los problemas de la comunidad, como en la solución de los mismos.
- El proyecto ha contribuido a crear las condiciones técnico-administrativas que permiten una mayor actualización científico-técnica de su claustro y estudiantado en función de las necesidades de la comunidad.
- Ha logrado la aplicación y enriquecimiento, con un enfoque sistémico, de la propuesta metodológica nacional inicial, para detectar problemas, priorizarlos, descomponerlos y derivar de éstos las intervenciones educativas correspondientes, logrando así la eficiencia y los bajos costos en la solución de las determinantes causales de índole educacional.
- Ha contribuido a desarrollar el papel relevante del especialista de medicina familiar en su interacción y liderazgo dentro del grupo básico de trabajo, en la extensión de la calidad del servicio al individuo, la familia y la comunidad, imprimiéndole a su actividad una dimensión académica, que impactó las estructuras existentes.
- Se ha diseñado un sistema de formación y superación profesoral que garantiza el nuevo enfoque de su propio desempeño en la atención primaria en salud, que respondió a las necesidades creadas en función de garantizar la calidad en el desarrollo del programa del médico y la enfermera de la familia ⁽¹⁷⁾.
- Ha permitido redimensionar la propuesta de reorientación inicial de la Organización Panamericana de la Salud, al integrar las diferentes formas de abordar la capacitación de los recursos humanos en salud con diferentes estrategias ⁽¹⁸⁾, unas de abordaje individual mediante la educación en el trabajo y entrenamientos de carácter tutelar; así como otras de abordaje grupal clásicamente desarrolladas en los programas de educación continuada, cuyo origen ahora no está centrado en los intereses del claustro, sino en las necesidades educacionales identificadas en la comunidad y los servicios, así como aquellas que responden a la implementación de las políticas del sistema nacional de salud.
- Ha favorecido la capacitación del personal de salud con un enfoque clínico, epidemiológico y social para enfrentar contingencias, tal como quedó demostrado durante la ejecución del proyecto al enfrentar con éxito este territorio la neuropatía epidémica. En este caso, como parte de la estrategia educativa se aplicó el método radical-rápido en la capacitación al personal en la fase del pesquisaje activo de la epidemia con vistas a lograr una preparación efectiva en un breve período de tiempo y a todos los equipos de salud. Este método, aplicado a través de los

facilitadores de los grupos básicos de trabajo, comprobó su eficacia en la contención de esta entidad; ya que el mayor número de casos fue detectado en su forma leve o ligera y su recuperación, una vez iniciado el tratamiento, coadyuvó a una más rápida recuperación clínica.

- Para desarrollar el nuevo estilo de dirección se capacitaron 164 profesionales integrantes de los equipos de dirección de nivel local, elemento clave que ha permitido hacer factible el proyecto al condicionar la direccionalidad científica de los procesos de intervención educativa, imprimiendo una mayor autonomía y creatividad en las decisiones del grupo, según los requerimientos de los servicios y la población.

- Los procesos capacitantes ejecutados en relación con la introducción de la medicina tradicional y naturalista abarcaron un total de 324 facilitadores, cuyo desarrollo en la totalidad de los municipios de la provincia ha creado las condiciones científico-técnicas que posibilitan compatibilizar el saber popular con el saber profesional en función de la solución de los problemas de salud. Ello requirió la participación gerencial, intersectorial y comunitaria.

- La educación de la población se identificó como una necesidad y exigencia a la vez para poder garantizar el impacto del trabajo de los equipos de salud sobre la calidad de los servicios; ello conllevó a la preparación de 112 facilitadores de nivel local para interactuar en todas las acciones correspondientes a la educación para la salud.

- En el programa materno-infantil se han capacitado 1038 trabajadores a nivel provincial, que al interactuar con la población contribuyó en el período 1991-1993 a reducir el indicador de mortalidad infantil de 10,6 a 9,2 fallecidos por 1000 nacidos vivos y a incrementar la lactancia materna tanto al salir la madre del hospital como al cuarto mes de producido el nacimiento, entre otros.

- La facultad ha puesto los departamentos docentes de informática médica, educación física y deportes, y el de extensión universitaria en función de las necesidades de la comunidad y del propio proyecto. Se han elaborado, con la participación de estudiantes de elevado rendimiento académico y con dedicación a la informática como actividad extracurricular (Movimiento de Alumnos Punteros⁽¹³⁾), grupos de paquetes de software educativos de simulación dirigidos fundamentalmente a evaluar el nivel de competencia profesional de los médicos de familia tanto de las áreas urbanas como rurales, así como de otras especialidades médicas de nivel secundario. Las instalaciones deportivas están en función de la gimnasia psicofísica comunitaria; además se asesoran y organizan actividades culturales con los clubes de adolescentes, de abuelos y de embarazadas, entre otros. Ello ha posibilitado el fortalecimiento del trabajo de estas áreas tanto intra como extramuros.

- El Centro Provincial de Información que radica en la propia Facultad de Ciencias Médicas, en el marco de este proyecto ha logrado reorientar la dirección de su trabajo en función de las necesidades de aprendizaje identificadas.

- El proyecto ha puesto de manifiesto la necesidad del desarrollo del trabajo de cada integrante del equipo de salud comunitario, lo que ha contribuido a potenciar la capacidad resolutoria de los individuos, del propio equipo y el sistema, por el grado de participación, logrando la necesaria integración multiprofesional e interdisciplinaria.

- A partir de la evaluación del desempeño en enfermería y otros técnicos de la salud se ha logrado disminuir el número de pruebas citológicas no útiles; incrementar el nivel de preparación

técnica en abordajes terapéuticos; disminuir los índices de sepsis en las salas de cirugía y salones de operaciones; perfeccionar el desarrollo de buenas prácticas en los laboratorios clínicos, microbiológicos y farmacéuticos; incrementar la calidad de los productos farmacéuticos dispensariales, así como de los servicios imagenológicos brindados.

- Durante la ejecución del proyecto se han desarrollado acciones capacitantes con el personal de oficina, cocina-comedor, auxiliares de limpieza, recepcionistas, jardineros, operadores de calderas, personal de mantenimiento, entre otros, lo cual produjo un incremento en la calidad de los servicios prestados, verificados fundamentalmente mediante el nivel de satisfacción de los usuarios.

- Como resultado de la participación comunitaria en la ejecución del proyecto se han logrado múltiples soluciones a planteamientos de la población que expresan necesidades sentidas, reduciéndose en breve tiempo el número de problemas planteados; lo que no ha alcanzado el mismo nivel en las diferentes áreas y policlínicos. A su vez fue posible efectuar el diagnóstico educativo de la población, que en este momento orienta el desarrollo de las intervenciones educativas.

- En la evaluación del impacto de los procesos de intervención educativa en los servicios de salud y la propia comunidad, recientemente iniciada, se ha reflejado que el desarrollo del proyecto no ha sido homogéneo en las distintas áreas y policlínicos, dependiendo de la participación activa y creadora de los dirigentes, trabajadores e incluso la propia comunidad.

- En el período analizado el desarrollo del proyecto se centró en la validación de la propuesta metodológica; sin acometer investigaciones educacionales puntuales que permitan evaluar científicamente el impacto de las intervenciones educativas en los principales programas e indicadores de salud, de forma independiente de otras contingencias que puedan coexistir.

Durante el desarrollo del Proyecto se fueron presentando diversas dificultades, entre las cuales podemos señalar:

- al inicio del trabajo, la resistencia al cambio por parte de los dirigentes, profesionales, técnicos y trabajadores en general de los servicios de salud, lo que conllevó a realizar un gran esfuerzo para lograr su motivación e incorporación al proyecto de forma consciente y activa;

- nivel de preparación del personal de la atención primaria de salud para asumir el rol que le correspondía y sobre todo, la preparación del claustro que requirió la conformación de un sistema de formación profesoral en correspondencia con las tareas a desempeñar;

- concretar la integración intra e intersectorial entre los diferentes actores participantes en el proyecto;

- lograr la identificación de los departamentos docentes de la facultad con el área de atención de salud y con la comunidad;

- surgimiento de un elevado número de “aparentes necesidades de aprendizaje”, en las áreas de salud, lo que impedía inicialmente la operacionalización de las intervenciones educativas; todo lo cual requirió una profunda evaluación y discriminación de las demandas y necesidades de aprendizaje como un proceso de definición de prioridades y derivación de intervenciones;

- la elevada proporción de médicos a atender por cada facilitador, lo que condujo a la selección de un grupo de facilitadores-conductores del proceso además de los propios facilitadores.

Conclusiones

- El Proyecto “Salto Cualitativo” ha puesto en marcha la propuesta metodológica de reorientación de la educación permanente de los recursos humanos de salud, validándola a través de la investigación-acción ejecutada, sobre la base de las posibilidades y necesidades de nuestra población, promoviendo el enfoque sistémico, integrado y contextualizado del perfeccionamiento en la atención primaria en salud.
- La integración de la Facultad de Ciencias Médicas a los servicios de salud se ha favorecido al liderar este proyecto, con un fuerte componente comunitario, comprometiéndose en la identificación y solución de los problemas. A su vez esta interacción, basada en la negociación y concertación con todos los actores del proceso, también tuvo un impacto intramuros en todos los componentes del proceso curricular.
- Este sistema de educación permanente ha propiciado que el proceso de capacitación se logre con un alto compromiso de los protagonistas y gran poder resolutivo, tanto por su alcance, rapidez, poder de adaptabilidad, creatividad y un bajo costo; todo lo cual fue demostrado en el enfrentamiento de la neuropatía epidémica; en la extensión de la medicina tradicional y naturalista, así como en el desarrollo de la capacitación de los equipos de dirección. Se hace necesario lograr que en todas las áreas y policlínicos se alcance un nivel de desarrollo homogéneo.
- La ejecución de este proyecto posibilita la materialización de la nueva dimensión que de la calidad tiene la educación médica cubana, por su compromiso social, la participación en el sistema prestador de su claustro y estudiantado y la creación de las condiciones técnico-administrativas que propician la permanente actualización científico-técnica de los recursos humanos en salud.
- Es necesario iniciar la verificación de la viabilidad, factibilidad y validación del Proyecto, mediante el desarrollo de un conjunto de investigaciones en el campo educativo en salud,

Bibliografía

1. Jardines, J.B.; Oubiña, J.; Ceballos, J.J.; Aneiros-Riba, R.; Alvarez, A.; Ardanza, P. y Serrano, M.M. Proyecto de Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico, la Enfermera y otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud. Proyecto "Salto Cualitativo". Trabajo presentado en la Conferencia Integrada "Universidad Latinoamericana y Salud de la Población", La Habana: 3 a 7 junio, 1991.
2. Oubiña, J.; Jardines, J.B.; Ceballos, J.J.; Aneiros-Riba, R.; y Serrano, M.M. Estrategia para la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. Educación Permanente de Personal de Salud de la Región de las Américas, Fascículo X: 57-110. Serie Desarrollo Recursos Humanos No. 87, OPS, Washington, DC, 1991.
3. Organización Panamericana de la Salud. Educación Permanente del Personal de Salud en la región de las Américas: Propuesta de Reorientación. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 78, OPS, Washington DC, 1988.
4. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos: Justificación para un Proyecto Regional de Educación en Salud. OPS, Washington DC, 1992.
5. Haddad, J.; Linger, C.; Paranguá, J. y Rodríguez, J.: Desarrollo de la Fuerza de Trabajo para los Sistemas Locales de Salud. En: Los Sistemas Locales de Salud. Publicación Científica No. 519, OPS, Washington DC, 1990.
6. Salas-Perea, R.S. Informe final del Grupo Regional de Trabajo sobre Investigación en apoyo a Procesos Educativos. Educación Permanente de Personal de la Salud, Fascículo X: Propuestas de Trabajos en Contextos Específicos, 25-56. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87, OPS, Washington DC, 1991.
7. Rovere, M. Planificación Estratégica de los Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96, OPS, Washington DC, 1993.
8. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 97 del 17 de mayo de 1991. La Habana, MINSAP, 1991.
9. Ardanza, P. y Hatim, A. Educación Permanente: Aspectos Fundamentales del Proceso Educativo. Trabajo presentado en el II Taller Nacional sobre "Nuevos Enfoques de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud en Cuba", La Habana, noviembre 1991.
10. Ardanza, P. y Hatim, A. Educación Permanente: Algunos aspectos de la Capacitación de los Facilitadores. Trabajo presentado en el II Taller Nacional sobre "Nuevos Enfoques de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud en Cuba", La Habana, noviembre 1991.
11. Hatim, A. y Corvisón F. La evaluación del Impacto de la Educación Permanente en el Servicio. Trabajo presentado en el Taller Nacional "Evaluación de la Competencia y el Desempeño Profesional de los Trabajadores de la Salud", La Habana, mayo 1992.
12. Ceballos J.J.; Hatim, A.; Ardanza, P.; Alvarez, A. y Corvisón, F. El Perfeccionamiento y la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud. Educ. Med. Salud 27(2): 264-276, 1993
13. Rodríguez S.A.; Triana, T.; Ferrer, A.; Rieumont, E.R.; Hatim, A.; y Rodríguez, J. Educación Permanente y Perfeccionamiento del médico y la Enfermera de la Familia en Cuba: El caso de Pinar del Río. Educ. Med. Salud, 27(4): 528-540, 1993.
14. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Informe final del Taller "Nuevos Enfoques del Perfeccionamiento Médico en Cuba", La Habana, noviembre 1989.
15. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Informe final del II Taller Nacional sobre "Nuevos Enfoques

de la Educación Permanente de los Recursos Humanos en Salud en Cuba”, La Habana, noviembre 1991.

16. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la Salud de la población cubana en el período 1992-2000. La Habana, MINSAP, 1992.

17. Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana, MINSAP, 1988.

18. Roschke M,A.; Davini, M.C. y Haddad, J. Educación Permanente y Trabajo en Salud: Un proceso en construcción. Educ. Med. Salud, 27(4):446-488, 1993.

MOMENTO APLICATIVO

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL Y LA EDUCACIÓN MÉDICA:

LA EXPERIENCIA NORTEAMERICANA

Carlos J. M. Martini, MD, Msc, MPH

La evaluación de la competencia de los profesionales de la salud ha preocupado a la sociedad desde que se establecieron esas profesiones. Las mayores responsabilidades y los mayores riesgos son intrínsecos al trabajo del médico. El código babilónico de Hammurabi, alrededor del año 2080 a.C., ya estipulaba castigos para la negligencia en el tratamiento¹ y desde los primeros tiempos de la historia, el trabajo de los sanadores se evaluaba en relación con las mejores normas de la práctica de la época.

La medicina no fue la única profesión sujeta a esta evaluación; en realidad, existen numerosos antecedentes en las asociaciones de artesanos que surgieron para la mayoría de los oficios. Pero los médicos no eran considerados artesanos y las primeras instituciones que otorgaron licencias se convirtieron en el profesorado médico de las universidades. El primer cuerpo de profesores que otorgó licencia a médicos, el de Salerno en el siglo XIII, era también uno de los más antiguos. Federico II, el emperador alemán que era también rey de Sicilia, escribió la primera ley de ejercicio de la medicina, la cual establecía un examen con un profesor estable de medicina en Salerno.

Antes y después de Federico II, ha habido numerosos intentos de prohibir que personas no calificadas practiquen medicina; por ejemplo, en 1766 la ciudad de Nueva York estableció el primer examen con este propósito en los Estados Unidos.² Sin embargo, el otorgamiento de licencias fue el primer mecanismo que la mayoría de los estados crearon con ese fin y como ocurre hoy en día, el proceso de licenciamiento consistía básicamente en evaluar las credenciales académicas, la experiencia y el comportamiento del candidato, junto con alguna clase de evaluación formal de sus conocimientos (y a veces habilidades). En la actualidad, en muchos países las sociedades médicas siguen siendo las responsables de evaluar la capacitación de los médicos; sin embargo, la opinión cada vez más generalizada es que en esta práctica hay potenciales conflictos de intereses.

El código de Federico II también estipulaba que los médicos debían pasar 5 años estudiando medicina y no podían practicar independientemente sino hasta después de haber trabajado durante un año bajo la supervisión de un médico capacitado. Con gran sabiduría, este código también requería que se proporcionase atención gratuita a los pobres, reglamentaba la conducta ética y prohibía que los médicos poseyeran una botica. En consecuencia, la norma moderna de otorgamiento de licencias que requiere que el médico obtenga capacitación en un internado o residencia, como en los EE.UU., tiene sus raíces en la visión de un monarca del siglo XIII.

Leyes similares fueron sancionadas en España en 1283 y también existían en Alemania en 1347 y en Inglaterra en 1511.² Hasta el siglo XIX, prevaleció el sistema de aprendices en la educación médica a pesar de la existencia, en muchos países, de escuelas de medicina sumamente distinguidas. Aunque no era necesariamente un mal método para enseñar la práctica de la

medicina (algunas de las escuelas de medicina más nuevas parecen haber redescubierto este método), claramente no garantizaba niveles uniformes y mínimos de calidad educativa.

Alemania fue la pionera en desarrollar las primeras normas uniformes de educación en 1852,³ y otros países siguieron su ejemplo. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XIX los Estados Unidos estaba experimentando un nuevo fenómeno: se estaba aprobando legislación para quitarle a las sociedades médicas la facultad de conceder licencias y dársela a las juntas estatales de examinadores médicos nombrados por el gobierno. Según Waite, el impulso primario para este cambio fue el reconocimiento por parte de muchos gobiernos estatales de nuevas escuelas de pensamiento en medicina, tales como el eclecticismo, el thompsonianismo, la herbología y la naturopatía, que formaron sus propias facultades de medicina y sociedades profesionales.⁴ Tradicionalmente, estas sociedades dependían de diferentes métodos de evaluación, todos ellos centrados en los individuos, para evaluar la competencia profesional de sus médicos.

Sin embargo, en los Estados Unidos se hizo evidente a principios del presente siglo que dejar los exámenes y la evaluación de la educación de un individuo en manos de los gobiernos estatales no era suficiente para velar por la seguridad del público. En algunos casos el proceso era muy politizado, tenía poca validez y fiabilidad, y no proporcionaba buena información acerca de la calidad educativa de las instituciones de las cuales se graduaban los médicos. Esto último era particularmente cierto, ya que en muchos casos su educación estaba en manos de preceptores no capacitados.

Al comienzo de este siglo, muchas organizaciones e individuos propusieron que se impusieran nuevos requisitos como parte de la evaluación de la competencia profesional. Por este motivo, la Asociación Médica Estadounidense (AMA), cuyos miembros tenían formación en lo que ahora llamamos "medicina científica," solicitaron en 1909 que la fundación Carnegie evaluara el sistema de educación médica del país. La fundación contrató a Abraham Flexner para hacer el estudio, con las consecuencias que conocemos ahora.

Esta perspectiva histórica del origen de la licencia tiene un fin: demostrar la necesidad de tener en cuenta los mecanismos para evaluar la competencia profesional de los médicos, y en particular el licenciamiento, al tratar el tema de la calidad de la educación médica en todos los niveles de ese proceso. En mi opinión, el resultado más importante del informe de Flexner no fue propuesto, ni siquiera considerado, por él en ninguna manera; me refiero al desarrollo de un proceso estandarizado y universal para evaluar la educación médica que se ofrece en las facultades de medicina y en los programas de residencia en los EE.UU. y el Canadá y que está vinculado a la licencia y la certificación de los profesionales de la salud.

Este proceso, que precedió en más de 70 años a la moda de la gestión de calidad total, se llama "acreditación" y se basa en tres principios muy sencillos: 1) la evaluación de un programa o una institución es voluntaria; 2) el proceso es educativo, no punitivo; y 3) los educadores son evaluados por sus iguales.

La acreditación tiene una sola meta: proporcionar una norma mínima educacional aplicable a toda institución educativa que solicite la acreditación. Es la base de una estructura que puede tener muchos niveles en términos de calidad, según cuánto desea la institución elevar sus normas académicas. Trataré en más detalle dos enfoques diferentes de la evaluación de la competencia profesional de los profesionales de la salud: el uso de exámenes nacionales estandarizados y la acreditación de la educación médica, y me apresuro a agregar que deben ser complementarios,

no mutuamente excluyentes.

En primer lugar, con respecto al uso de los exámenes estandarizados, la evaluación del aprendizaje o aprovechamiento de un estudiante es parte del proceso educacional que es responsabilidad de cada institución y debe formar parte de la interacción entre el estudiante y el profesor. En muchos casos las evaluaciones constan de pruebas estandarizadas, lo cual significa que los niveles mínimos aceptables de desempeño se establecen por adelantado sobre la base de la opinión de los expertos con respecto a lo que se requiere para el buen ejercicio de la medicina.

Se han utilizado pautas normativas (basadas en el desempeño de estudiantes que conforman un grupo de referencia) durante más de 40 años para las evaluaciones internas de una institución. En el nivel nacional, también emplean exámenes estandarizados con niveles normativos algunos organismos ajenos al sistema educativo, tales como los que otorgan licencia o certificación (evaluaciones externas), y muchos programas educativos en las facultades de medicina (evaluaciones internas). Ejemplos de estos organismos en los EE.UU son la Junta Nacional de Examinadores Médicos, la Federación de Juntas Médicas Estatales y la Comisión Educativa para Graduados Médicos Extranjeros en los EE.UU. Estas tres instituciones colaboran en el diseño y la administración de las evaluaciones de competencia para médicos estadounidenses y extranjeros. Las juntas de cada especialidad también han empleado exámenes estandarizados durante varios años y hay una extensa bibliografía sobre este tema.⁵

La capacidad de la prueba de predecir el desempeño del futuro médico indica la calidad de la evaluación y debería ser medida en cada caso, pero no lo es. Estas evaluaciones se centran en el individuo; sólo evalúan indirectamente la calidad del programa educativo. El Comité de Enlace sobre Educación Médica, que será tratado más adelante, ahora está proponiendo el desempeño de los graduados en los exámenes estandarizados nacionales como parte del "análisis de resultado" en las evaluaciones internas de las facultades de medicina en los EE.UU. y el Canadá.

Muestras de estos desempeños en la educación médica internacional se dan en el gráfico 1 y el cuadro 1. El primero refleja los resultados de una prueba estandarizada de aptitudes clínicas, y el segundo, los porcentajes de aprobación en el examen ECFMG entre los años 1969 y 1982. Debe emplearse extremo cuidado en interpretar estos datos (mencionados aquí sólo como una ilustración), ya que reflejan sólo la capacidad de los graduados de diferentes países de pasar una prueba en el idioma inglés, preparada según el sistema educativo norteamericano, cuya validez se ha evaluado sólo en el contexto de los EE.UU.

El principal problema de los exámenes estandarizados es la fijación de las normas mismas. Este proceso es objeto de críticas constantes y aún hoy es muy polémico. Sin embargo, sobre la base de estas normas se toman decisiones importantes que afectan las vidas de los individuos. Igualmente importantes son dos aspectos del proceso de evaluación y medición: la validez y la fiabilidad de las pruebas. El concepto de validez en la educación médica es muy sencillo: ¿la prueba realmente mide lo que se desea medir? Por ejemplo, si estamos interesados en evaluar las aptitudes clínicas, los individuos que pasan la prueba ¿son capaces de hacer el diagnóstico diferencial, sobre la base del examen físico, de dos afecciones pulmonares diferentes como el enfisema y la bronquitis crónica? La fiabilidad, por otro lado, es la probabilidad de que cada individuo pueda, en repetidas oportunidades, desempeñarse de igual manera en la misma prueba.

Aunque los conceptos son muy sencillos, la evaluación estadística de estos dos conceptos puede ser muy compleja. Se debe invertir un esfuerzo considerable en estos procedimientos de medición

para preparar exámenes estandarizados. Lamentablemente, la medición siempre tiene lugar en situaciones más o menos complejas que afectan a los individuos que toman el examen y aunque uno intente controlar o mantener constante las variables más importantes (tales como el ambiente en que se toma la prueba), los esfuerzos por controlarlas nunca son suficientes. En muchos casos, los resultados de la medición reflejan no sólo la variable que se desea medir (por ejemplo, las aptitudes clínicas), sino también factores desconocidos que influyen tanto sobre la característica o dimensión que se desea medir como sobre el proceso mismo. Un buen ejemplo es el hecho de que los médicos de los países que no hablan inglés, aun los que pasan la prueba en inglés y se han graduado de universidades prestigiosas, siempre obtienen notas totales más bajas en la prueba ECFMG que los médicos de habla inglesa.

En resumen, aunque los exámenes estandarizados, bien elaborados y válidos, podrían ser de gran valor, claramente no son suficientes para evaluar de manera completa la competencia profesional de los médicos. Todavía quedan graves problemas de medición; aunque algunas pruebas elaboradas recientemente también evalúan las aptitudes clínicas, la mayoría de los exámenes evalúan sólo los conocimientos y poco o nada las habilidades del candidato. No obstante, estos exámenes son los mejores medios de los que se dispone para evaluar los numerosos candidatos en el nivel nacional.

La acreditación de la educación médica es un segundo mecanismo o proceso para garantizar la competencia del profesional médico. Según se indicó anteriormente, el origen histórico del proceso de acreditación se basó en la estructura social y política del país donde se originó, los Estados Unidos, con su tradición de iniciativa privada y poca intervención del gobierno, pero con fuerte énfasis en la responsabilidad. Este concepto es de gran pertinencia en los Estados Unidos de hoy, y sus raíces están en la naturaleza de su gobierno.

La responsabilidad es básicamente la obligación de las personas o instituciones de revelar, explicar o justificar lo que están haciendo cuando tiene un costo social. En la educación médica, esta responsabilidad implica que las autoridades de un programa educativo tienen la obligación de aceptar que el programa sea evaluado por un organismo independiente y hacer públicas las consecuencias de esa evaluación (por ejemplo, si se otorga o se niega acreditación) y, hasta cierto punto, proporcionar información sobre los resultados. Aunque las autoevaluaciones son un componente esencial del proceso de acreditación, no son suficientes; se necesita la participación de los organismos externos confiables que puedan realizar un estudio objetivo para dar fe del nivel educativo de la institución y proporcionar un procedimiento reglamentario para garantizar el recurso apropiado para el programa o la institución, si fuera necesario.

La acreditación debe incluir evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los programas educativos. La evaluación de las primeras dos dimensiones, que ha sido la base de las actividades de acreditación desde el principio, ahora se está complementando con la evaluación de los resultados. Al tratar anteriormente el tema de la responsabilidad, comenté sobre la obligación de las instituciones educativas de proporcionar al público información acerca de los resultados de los exámenes de acreditación. Esto implica la necesidad de proporcionar información acerca de los resultados finales y definitivos de la educación que ellos proporcionan, lo que se conoce como "resultados." Los resultados más significativos y reveladores no son aquellos que ocurren durante el proceso educativo en sí mismo (por ejemplo, las notas o porcentajes de aprobación de cada alumno); los verdaderos resultados se revelan mediante un análisis del comportamiento de los individuos que completan el programa, en términos de las características

de su práctica o carrera profesional.

Los índices de estos resultados incluyen los porcentajes de aprobación en los exámenes de licencia o certificación estandarizados antes mencionados. Los sistemas más complejos de licencia incluyen un análisis de los resultados de la asistencia al enfermo (lo que a veces se conoce como "perfil del médico"). Cabe indicar que el uso de resultados empezó a finales del siglo pasado, cuando la Asociación Médica Estadounidense (AMA) clasificó las facultades de medicina sobre la base de los porcentajes de aprobación de sus graduados en los exámenes de licencia.⁶

Muchas actividades de acreditación y los organismos que son responsables de ellas son reconocidos por el Departamento de Educación del gobierno de los EE.UU. El Departamento requiere que un organismo evalúe, entre otras cosas:

- Programas de estudios
- Profesorado
- Instalaciones, equipo y suministros
- Capacidad fiscal y administrativa, según convenga a la escala específica de las operaciones
- Servicios de apoyo a los estudiantes
- Registro de quejas de los estudiantes
- Cumplimiento de las responsabilidades de la institución en la asistencia económica a los estudiantes.
- Captación de estudiantes y prácticas de ingreso
- Duración del programa, costo de la matrícula y otros aranceles
- Exito en lo que se refiere al nivel alcanzado por los estudiantes con relación a la misión, incluyendo finalización de cursos, exámenes de licencia y tasas de empleo.

El reconocimiento de los organismos de acreditación por parte del Departamento de Educación es voluntario; del mismo modo, la acreditación es voluntaria para la institución educativa. Sin embargo, casi todas las instituciones de acreditación profesional han solicitado reconocimiento, ya que los fondos federales para subvenciones y asistencia económica para estudiantes están vinculados a este reconocimiento. El Comité de Enlace para la Educación Médica, responsable de la acreditación de las facultades de medicina, es reconocido por el Departamento. Sin embargo, el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Postgrado, responsable de acreditar programas de residencia, ha optado por no solicitar reconocimiento (ya que los programas de residencia tienen un mecanismo financiero diferente). En consecuencia, el Consejo no está sujeto a los reglamentos anteriores.

Además de las normas comunes requeridas por el Departamento de Educación, la educación médica también ha formulado criterios específicos de acreditación, con aportaciones de los educadores médicos, los médicos en ejercicio y el público. Estos criterios periódicamente son revisados y modificados por el Comité de Enlace sobre la Educación Médica. Los ejemplos incluyen:

- Objetivos del programa de educación médica

- Gobierno de la facultad de medicina
- Administración de la facultad de medicina y nombramiento de las autoridades escolares
- Diseño y administración de los programas de estudios
- Contenido de los programas de estudios, temas básicos obligatorios, pasantías clínicas y cursos electivos
- Evaluación del nivel alcanzado por los estudiantes
- Capacitación del profesorado y sistema de nombramiento
- Instalaciones para la enseñanza clínica y variedad de casos

El proceso de acreditación de la facultad de medicina consta de autoestudio institucional y un informe escrito, seguidos de una visita de equipos inspectores para la acreditación. Los informes y las recomendaciones de los equipos son evaluados por los expertos, y la decisión final sobre la acreditación la toma el Comité de Enlace sobre Educación Médica, que abarca en igual proporción representantes de la AMA (que representa a los médicos en ejercicio) y de la Asociación de las Universidades Médicas de EE.UU. (que representa a la comunidad académica).

Las facultades de medicina no se clasifican según la calidad. Las facultades difieren entre sí considerablemente; tienen diferentes objetivos, recursos y énfasis en la enseñanza, la investigación o el ejercicio de la medicina. Las diferencias en estos importantes atributos pueden ser ocultas por sistemas de clasificación que no sólo serían muy difíciles de validar, sino que pueden resultar un elemento disuasivo para el mantenimiento de la diversidad de facultades.

La ventaja principal del proceso de acreditación es que sirve de prueba de la continua adhesión a niveles educativos mínimos en un área geográfica definida, como los Estados Unidos y el Canadá. La lista de los programas acreditados es empleada por muchos organismos o individuos que necesitan evaluar la calidad de la educación de un profesional. Los programas de residencia, las autoridades que otorgan licencias y los hospitales emplean la información sobre la acreditación de las instituciones a las que ha asistido un individuo para tomar decisiones acerca de éste. En los Estados Unidos y el Canadá, los graduados de los programas acreditados tienen elegibilidad sin restricción para acceder a la educación médica de postgrado y para tomar los exámenes nacionales de certificación.

La acreditación requiere el establecimiento de criterios o normas aceptadas en todo el país, sin las cuales la evaluación sería enteramente subjetiva. Estas normas también pueden emplearse para estimular cambios uniformes en todas las instituciones educativas. Recientemente, las inquietudes acerca de la falta de médicos de atención primaria en los EE.UU. dieron lugar a la generación de requisitos adicionales en las normas del LCME para requerir la enseñanza de este tema, con la expectativa de que la mayor exposición de los estudiantes de medicina a los temas de la atención primaria atraería más estudiantes a esa especialidad.

Otros beneficios importantes de la acreditación son consecuencia del mismo proceso de evaluación por los colegas. Los educadores que realizan las evaluaciones en el lugar son seleccionados con cuidado por su prestigio, conocimientos y experiencia pertinente en sus propios programas, de modo que aumente el valor de la visita de acreditación. Esta interacción también conduce a una mejor comunicación entre los educadores para facilitar la difusión de tecnologías educativas y de evaluación y para mejorar los programas. En último término, el conjunto de recomendacio-

nes que se genera como consecuencia del estudio detallado de la facultad de medicina y los numerosos datos que se requieren en el proceso está destinado a ser empleado por las autoridades de la escuela y el profesorado para identificar y justificar las necesidades de asignaciones de recursos y para promover el cambio institucional. La acreditación también proporciona un foro para los intereses de los distintos estamentos de la facultad de medicina: los estudiantes, el profesorado y las autoridades.

Quizás las críticas más importantes al proceso de acreditación están relacionadas con el desarrollo de normas, la variabilidad de la calidad de las visitas e informes de acreditación y la falta de sanciones negativas. Las normas de acreditación se clasifican en dos categorías: las que son totalmente esenciales para obtener y mantener un estado satisfactorio de acreditación (las que establecen lo que el médico deberá hacer) y aquellas que son muy recomendables y contribuyen a la calidad del programa (las que establecen lo que el médico debería hacer). En muchos casos, estas normas no están sujetas a cuantificación y hay mucho debate acerca de que si una norma debe clasificarse como "debe" o "debería". Una vez que ello se ha determinado durante el desarrollo o revisión de las normas, se emplea la interpretación subjetiva de los evaluadores para determinar si un programa cumple las normas. Como es de esperar, hay frecuentes diferencias de opinión sobre estos temas.

La variabilidad de la calidad de las evaluaciones es por lo tanto muy difícil de controlar. La acreditación depende del juicio profesional de los individuos. Los números por sí mismos dan lugar a una inevitable diversidad. Hay 4 miembros en cada equipo de visita in situ nombrados para cada escuela que es evaluada y 142 facultades de medicina en los Estados Unidos y el Canadá. Las facultades se evalúan cada 7 años, lo que requiere que se nombren más de 140 evaluadores por año.

La falta de sanciones negativas (ninguna facultad de medicina de la que se tenga memoria ha perdido la acreditación ni ha sido puesta en un período de prueba) es resultado de dos factores diferentes. El primero está relacionado con la naturaleza de la acreditación como un proceso educativo, no punitivo. Los cambios que el organismo acreditador recomienda generalmente se ponen en práctica y se solicitan periódicamente informes hasta que hay pruebas que las deficiencias se han corregido. El segundo obstáculo a las sanciones negativas está relacionado con los aspectos legales del proceso de acreditación. Estos han sido descritos por varios autores^{7,8} y se basan en la legislación que prohíbe los monopolios en los EE.UU. Básicamente, esta legislación propone que la naturaleza voluntaria del proceso de acreditación no interfiera con la competitividad normal de las facultades de medicina y las organizaciones de la salud. La legislación es parte de la ley antimonopólica ("Sherman Antitrust Act"), y la Comisión Federal de Comercio vigila la actividad de acreditación de la facultad de medicina. Las consecuencias de esta y otras consideraciones legales hacen que las sanciones negativas a una facultad de medicina sean una proposición algo peligrosa. Las actividades de acreditación (y no sólo en medicina) están siempre sujetas al escrutinio contra los monopolios; así pues, a menos que las pruebas de la violación de las normas sean totalmente incontrovertibles, el proceso trata de ayudar al máximo a la escuela, para preservar la muy apreciada diversidad de programas académicos.

Una crítica muy frecuente al proceso de acreditación es que institucionaliza la calidad, el estilo y la filosofía educacional predominante, en lugar de asumir una función de liderazgo en la innovación. Se ha argumentado que anteriormente la acreditación ha tenido principalmente el

efecto de inhibir cualquier alejamiento de los cánones de la educación médica tradicional. Esto también ha sido una queja de varias nuevas facultades de medicina que sentían que sus inquietudes y circunstancias especiales eran menospreciadas en el crucial período inicial de formación.

En ciertos momentos durante la historia del LCME, estos comentarios pueden haber sido apropiados. Sin embargo, nuevas facultades de medicina --como la de MacMaster en el Canadá o la de Nuevo México en los Estados Unidos-- pudieron abrir caminos nuevos e innovadores en educación médica bajo el sistema existente de acreditación. Actualmente, es alentador ver cómo están evolucionando entre los acreditadores las discusiones sobre cómo hacer el proceso más sensible a las necesidades de la población y al cambio tecnológico.

La educación médica a través de los siglos ha fijado niveles de excelencia que han influido en el comportamiento de los médicos. Durante las décadas recientes, ha aumentado la demanda pública de responsabilidad en la práctica de la medicina. Actualmente, los dos mecanismos más importantes en América del Norte para evaluar la competencia profesional son la evaluación de los individuos (exámenes nacionales estandarizados) y la evaluación de las instituciones y los programas educativos (acreditación).

Estos enfoques no se excluyen mutuamente; cada uno contribuye con pruebas diferentes pero complementarias para garantizar al público la calidad profesional de la atención médica. Ambos enfoques son objeto del constante esfuerzo por parte de las comunidades médicas y educativas de América del Norte para mejorar y validar su contenido y procesos. Deben apoyarse estos esfuerzos, y la comunidad internacional, al considerar el desarrollo de sistemas para evaluar la calidad de la educación médica, debe estudiar cuidadosamente sus ventajas e inconvenientes.

Referencias citadas

1. Gross S. Of Foxes and Henhouses. Westport Conn: Quorum Books; 1984.
2. Derbyshire R. Medical Licensure and Discipline in the United States. Baltimore Md: The Johns Hopkins Press; 1969.
3. Shryock III. Medical Licensing in America, 1650-1965. Baltimore Md: The Johns Hopkins Press; 1967.
4. Waite FC. The nature and responsibility of medical licensing boards. Fed Bul 12:306-316.
5. Berk D. Rev Ed Research. 1986;56(1):137-172.
6. Manning T, Kassebaum D. Sourcebook on the Outcome Analysis in Schools of the Health. Washington DC: Association of American Medical Colleges; 1992.
7. Havighurst C, King N. Private credentialing of health care personnel: an antitrust perspective. American Journal of Law and Medicine. 1982;9(2):132-201.
8. Hunt A. Medical Education, Accreditation, and the Nation's Health. Ann Arbor Mich: Michigan State University Press; 1991.

PORCENTAJES DE APROBACIÓN DEL FNFMGs POR PAÍS
DE FORMACIÓN MEDICA, 1969-1982

País	Número de examinados	Porcentaje de aprobados
Australia	6.076	97.3
Reino Unido	8.925	94.8
Sudáfrica	4.156	92.2
Israel	2.162	76.6
Sri Lanka	1.612	72.4
Suiza	3.649	71.1
India	29.440	64.2
Tailandia	2.572	62.1
Alemania Occidental	6.471	57.8
Argentina	2.552	52.9
Taiwan	6.016	50.6
Filipinas	12.845	49.6
Egipto	5.714	44.2
Irán	3.914	40.2
Pakistán	6.365	37.1
México	5.515	34.8
Corea del Sur	9.921	33.7
Brasil	3.961	33.1
Japón	8.227	25.7
Todos los demás	57.807	56.6
TOTAL	187.900	56.7

FIGURA 1

Figura 1: Curvas de distribución de las calificaciones de 117 graduados médicos extranjeros de y 64 graduados estadounidenses por percentiles obtenidos en la Evaluación de Aptitudes Clínicas de la Comisión Educacional de Graduados Médicos Extranjeros en 1985 (calificación media de los extranjeros: 62 [DE + 6,5]; calificación media de los estadounidenses: 70 [DE + 5,5])

LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

José de J. Villalpando Casas¹

INTRODUCCIÓN

El 18 de octubre de 1983 el Presidente de la República acordó crear la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), a partir de la consideración de que la responsabilidad de formación y capacitación de ese personal se comparte, en cierta medida en nuestro país, entre las instituciones educativas y las de salud. Asimismo, teniendo en cuenta que la función y razón de ser de esos recursos, es el prestar servicios eficaces, oportunos y con sentido humano, por lo que su adecuada preparación constituye una prioridad, acorde a los lineamientos de los Sistemas Nacionales de Salud y de Educación. La CIFRHS es un elemento más para contribuir al cumplimiento del Derecho a la Protección de la Salud en nuestro país.

Las funciones de la Comisión consisten en la identificación de áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de servicio, así como entre el sector educativo y el sector salud en el proceso de formación del personal médico y paramédico. Situación que se amplía a la elaboración del diagnóstico integral sobre la formación de recursos humanos para la salud y a coadyuvar a la definición de perfiles profesionales. Además, de la promoción para la adecuada distribución de los recursos en formación en los diversos campos de la salud.

La Comisión impulsa la vinculación de la asistencia con la docencia y la investigación. También le corresponde opinar sobre los requisitos para la apertura y funcionamiento de las instituciones abocadas a la formación de recursos humanos para la salud, en los diferentes niveles académicos. Al igual que recomendar los requisitos que deban llenar las instituciones de salud para participar en el proceso. De la misma manera, le compete proponer criterios de selección para alumnos de nivel técnico, de licenciatura y de postgrado. Además, corresponde a la Comisión coadyuvar a la definición de criterios

De igual forma la comisión puede recomendar procedimientos de evaluación de planes y programas de estudio de las carreras de la salud, así como de la docencia en los diversos niveles de enseñanza. Otras funciones se refieren a promover estrategias hacia el establecimiento de un Sistema de Enseñanza Continua para el personal de atención a la salud.

A la Comisión le incumbe propiciar que el servicio social sea una etapa académica de la formación de las carreras de la salud y que sus acciones lleguen prioritariamente a los grupos humanos que carecen de atención, bajo la vigilancia y evaluación de personal capacitado de las instituciones de servicio. La Comisión puede recomendar bases para asignación de becas académicas o económicas a los alumnos de pre y postgrado.

Otras funciones se refieren a promover estrategias hacia el establecimiento de un sistema de

¹ Director General de Enseñanza en Salud
Secretaría de Salud. México

enseñanza continua para el personal de atención a la salud.

Para efecto de lo anterior este grupo colegiado se apoya en el trabajo de Comités o de grupos específicos, y se recurre a la investigación para apoyar la superación de sus acciones y de los programas educativos.

Finalmente, el acuerdo de creación señala a la Comisión como órgano de consulta de la Secretaría de Educación Pública, de la Secretaría de Salud y de otras instituciones del sector público. Está integrada por representantes titulares y suplentes de las Secretarías de Salud, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de Educación Pública. Asimismo, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP).

A la Comisión se incorporan representantes de la Academia Nacional de Medicina (ANM), la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Enseñanza Superior (ANUIES) y un representante de los Institutos Nacionales de Salud (INS). De igual modo participan la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Politécnico Nacional (IPN) y otras universidades, como la de Guadalajara, la Autónoma de Nuevo León, la Autónoma de Yucatán y la de San Luis Potosí.

Para el cumplimiento de su cometido la Comisión está copresidida por los Secretarios de Salud y Educación Pública, quienes se alternan la presidencia, tienen como sustitutos a los respectivos Subsecretarios de Regulación y Fomento Sanitario y de Educación Superior. El Secretariado Técnico está a cargo de sendos representantes de las Secretarías de Salud y Educación Pública.

Las funciones de la Comisión son realizadas por cuatro Comités, a saber: de Enseñanza de Pregrado y Servicio Social, de Enseñanza de Postgrado y Educación Continua, de Formación de Personal Técnico y de Planeación de Recursos Humanos, los cuales cuentan con representantes de las instituciones participantes y siguen programas específicos de trabajo. La pluralidad en la formación de la Comisión y de los Comités permite acometer integralmente las necesidades del corto y mediano plazo y proyectar sus acciones para el futuro.

La Comisión cuenta con un órgano de difusión periódica, la Revista Educación, Investigación y Salud, en donde se dan a conocer todos los documentos, recomendaciones y acuerdos que de ahí emanan.

ALCANCES DE LA COMISIÓN

Los logros de la Comisión se reflejan en los acuerdos y documentos normativos que a lo largo de 12 años de existencia ha emitido y recomendado su observancia, los que con propósitos de explicación, se agrupan en las siguientes áreas:

- I. Organización y funcionamiento de la Comisión y de sus Comités.
- II. Programación de recursos humanos para la salud.
- III. Enseñanza de pregrado y servicio social.
- IV. Enseñanza de postgrado y educación continua.

En el área de organización y funcionamiento, se han emitido los reglamentos correspondientes a cada uno de los Comités y lineamientos generales para la operación de los mismos.

En materia de programación de recursos humanos se han elaborado:

- * El formulario guía para la presentación de propuestas para formación de personal no médico y técnicos de la salud. Este documento se recomienda a las instituciones educativas y de salud para su uso.
- * El módulo educativo para la planeación de recursos humanos, dedicado a la capacitación del personal que maneje la metodología y procedimientos automatizados que para tal efecto fueron desarrollados.
- * Las recomendaciones para el establecimiento de grupos de trabajo estatales para la programación de recursos humanos, integrados por representantes de Educación Pública, de Salud y de instituciones afines en las entidades federativas. Los objetivos de estos grupos radican en la concertación estatal y el acopio de información relevante para proporcionarla al Subcomité de Salud del Comité de Planeación y Desarrollo Estatal (COPLADE) y a la Comisión Estatal de Planeación de la Educación Superior (COEPES).

Desafortunadamente estos grupos se han dedicado de manera irregular y sus logros son pocos.

En el área de enseñanza de pregrado y servicio social se han emitido diversas normas, guías y documentos orientadores, destacando las siguientes:

- * Recomendaciones para la racionalización del ingreso de estudiantes de medicina a las instituciones educativas y de salud. Cabe mencionar que las transformaciones sociales, en época reciente, determinaron una sobrepoblación estudiantil en esta carrera y el egreso de numerosos médicos, y que ahora, por lo contrario, se viene observando el fenómeno inverso, una reducción en el interés de los jóvenes por estudiar medicina y consecuentemente una disminución considerable en el egreso de estos profesionistas, por lo que la Comisión se ve precisada a estimular el ingreso de estudiantes a la carrera, sin omitir que para ello se requiere, una motivación definida, la instrucción preparatoria suficiente en ciencias biológicas, ciencias exactas y también en el campo de las humanidades, al igual que un claro interés por la ciencia y poseer conciencia social y vocación de servicio, así como integridad intelectual, salud mental, amplitud de intereses y necesidad de reconocimiento.
- * Recomendaciones y mecanismos para regular la apertura y funcionamiento de escuelas y facultades con carreras del área de la salud. Consisten en un cuerpo de requisitos que fueron diseñados por un grupo intersectorial y comprenden los elementos mínimos y los recursos académicos, así como las indispensables relaciones de planeación con las instituciones de salud, que garanticen la práctica clínica de sus estudiantes, en condiciones favorables para su formación profesional. En este documento se plantea que toda escuela de medicina antes de iniciar sus actividades, si es nueva, o en un plazo perentorio si ya estuviera operando, contara con un curriculum explícito, formado por el marco normativo de la escuela, las referencias sobre la necesidad, factibilidad y pertinencia de preparar médicos en su localidad, el perfil del egresado correlativo al ejercicio profesional, el plan de estudios, con sus respectivos créditos, el mapa curricular, la caracterización y articulación del internado y del servicio social. También deberá disponer de los recursos y apoyos académicos necesarios para el

estudio, la práctica y experimentación, de los alumnos, en bibliohemerotecas, laboratorios, campos clínicos, etc., asimismo habrá de disponer de personal académico suficiente y calificado, de instalaciones y espacios físicos adecuados, y un programa de concertación de acciones con las instituciones de salud.

- * Normas básicas para la enseñanza de enfermería, aplicables a la carrera técnica. Documento de gran importancia dada la gran variabilidad de los planes de estudio de esta carrera.
- * Guías metodológicas para la elaboración de programas de orientación sexual, planificación familiar y demografía.
- * Recomendaciones para implantar las acciones educativas del programa contra las adicciones.
- * Recomendaciones en torno al plan de estudios de la carrera de médico cirujano homeópata y el uso de campos clínicos congruentes con su perfil profesional.
- * Guía para la formulación de programas académicos en el internado de pregrado, que orienten a las instituciones educativas y de salud a fin de conducir debidamente este ciclo académico
- * Normas operativas del internado de pregrado de medicina, que regulan su organización y funcionamiento y los convenios de colaboración entre las universidades y la Secretaría de Salud.
- * Guías metodológicas para la elaboración de programas de servicio social para las carreras de medicina, odontología, enfermería, trabajo social, nutrición y ciencias químicas.
- * Normas operativas para el uso de campos clínicos, que sirvan a las instituciones educativas y de salud para la autorización y desarrollo de actividades de enseñanza-aprendizaje en las unidades médicas.
- * Convenio General de Colaboración entre instituciones educativas y de salud para la realización del servicio social de carreras de la salud y de regulación sanitaria.
- * Programas específicos de colaboración entre instituciones educativas e instituciones de salud para la realización del servicio social.
- * Diagnóstico situacional del servicio social en la carrera de medicina.

En el área de enseñanza de postgrado y educación continua se han elaborado:

- * Diagnóstico situacional de la enseñanza continua en salud, donde se conceptualiza el proceso, se analizan las experiencias institucionales y plantean recomendaciones dentro del marco jurídico que regula tales actividades.
- * Criterios y guía para la evaluación de programas de enseñanza continua y Capacitación en salud y una propuesta para uniformar la nomenclatura, ambos recomendables para su aplicación en instituciones de salud y educativas.

- * Criterios generales para la elaboración de planes de estudio de las especialidades médicas. Con ello se busca elevar la calidad de las residencias y unificar conceptos y términos.
- * Recomendación a las instituciones de salud y educativas la difusión y aplicación de la norma relativa a la organización y funcionamiento de las residencias médicas.
- * Recomendación a las instituciones educativas y de salud para que incluyan en los programas operativos del último año de las residencias de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecobstetricia y Anestesiología un período de rotación por los hospitales rurales de los servicios de salud a población abierta. Esta rotación cumple la finalidad de un servicio social profesional y ha demostrado a plenitud su valor como experiencia de aprendizaje social, así como los grandes beneficios que han llegado a las comunidades carentes de estos servicios.
- * Recomendación a las instituciones educativas y de salud de considerar como requisito indispensable de los aspirantes a las residencias, haber sido seleccionado mediante el Examen Nacional de Selección de Aspirantes a Residencias Médicas. Examen que también deben acreditar los médicos extranjeros.
- * Recomendaciones para adoptar el Programa Único de Especialización Médica concertado entre la UNAM, la SSA, el ISSSTE y la Academia Nacional de Medicina.

Uno de los logros importantes de la Comisión es el orden establecido para el ingreso de los médicos aspirantes a cursar una residencia, proceso que constituye un claro ejemplo de coordinación y colaboración entre las diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud y el Sector Educativo. Se trata de un proceso que se sustenta en la imparcialidad y equidad para todos quienes compiten para ocupar una plaza para especializarse, al mismo tiempo que se ofrecen a las instituciones los mejores candidatos, dado que el número de aspirantes sobrepasa el cupo de las residencias. Cabe mencionar que la selección última para ingresar a una residencia es un proceso interno propio de cada institución de salud participante.

Durante 18 años se ha venido aplicando un examen nacional de conocimientos médicos, de carácter selectivo. Si bien, esta experiencia cumple su propósito, el producto del examen también es aprovechado para retroinformar los planes y programas de estudio, situación que beneficia a los estudiantes de medicina. La Comisión autorizó estructurar el examen de la siguiente manera:

- * Explorar ampliamente los conocimientos de medicina general que debe dominar el profesional recién egresado.
- * Utilizar pruebas objetivas de opción múltiple enfocadas a las ciencias básicas aplicadas a la clínica; a la fisiopatología, al diagnóstico y tratamiento de los padecimientos; a la prevención y la rehabilitación; asimismo, a la utilización de criterios médicos para la toma de decisiones.
- * Incluir una sección de comprensión del inglés tecnicomédico, a la que asigna puntuación con valor selectivo.
- * El examen de selección se aplicará en dos días consecutivos, para reducir la fatiga y dar mejores oportunidades a los aspirantes.
- * Informar a los aspirantes el resultado individual de su examen, con el puntaje logrado

por áreas. Igualmente se informará a las universidades el resultado de su grupo de egresados.

Estas modificaciones, acordadas entre representantes de los dos sectores, seguramente influyen en el devenir de la enseñanza de la medicina en México, ya que propicia la dedicación de los alumnos a su tarea fundamental y mayor compromiso de los profesores con su labor; a mediano plazo, se estima que favorece mayor calidad del ejercicio de la medicina. Por otra parte, al retroinformar los planes y programas de estudio las universidades estarán en posibilidad de mejorarlos o de consolidarlos, inclusive ser útiles para la eventual modificación de sus procesos de enseñanza-aprendizaje. Además, los sustentantes del examen tendrán elementos para el autoanálisis de su rendimiento: en términos de competencia, según el lugar obtenido en el grupo y en la especialidad por la que concursan, y en términos de logros, según el desempeño cualitativo en las diferentes partes del examen.

PERSPECTIVAS

Se tiene la expectativa de que la CIFRHS contribuya más eficientemente al equilibrio cuantitativo entre la necesidad de contar con el número suficiente de recursos humanos: profesionales y técnicos, que requiere el Sistema Nacional de Salud y la posibilidad de formación y capacitación de ese personal en el Sistema Nacional Educativo, superando enfoques tradicionales poco flexibles, frente a los cambios importantes que caracterizan a la sociedad de nuestros días y que se han dado en el Sistema Nacional de Salud y en el Sistema Educativo.

Una Comisión y Comités más orientados a los problemas de calidad en la formación y tipo de los recursos humanos, en consonancia a los requerimientos y tendencias sociales. Lo anterior permitirá dar respuesta a necesidades tales como el fomentar el estudio de la medicina, incrementar la calidad de su enseñanza, programar con realismo el uso de los campos clínicos, en el pregrado y en el postgrado, para no rebasar los límites que marcan las normas y los indicadores para la formación de médicos, enfermeras y otros personajes necesarios para integrar verdaderos equipos de salud.

Otro asunto de gran relevancia para el Sistema es la carencia de profesionales y técnicos en ciertas áreas geográficas menesterosas, así como de especialistas en algunos campos de la medicina. Situaciones multifactoriales que por su enorme complejidad son difíciles de resolver en el corto plazo, pero que requieren de acciones concertadas en diversos sectores, cuya implementación exige esfuerzos organizacionales y de inversiones que conduzcan a la satisfacción de las necesidades sociales en consonancia con el avance del conocimiento y el desarrollo de la tecnología, para revertir la tendencia observada, particularmente en los médicos recién graduados por dedicarse a determinadas especialidades relegando a otras, aunque también son requeridas, más no prioritarias, para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, lo que implica la necesidad de conocer a fondo las razones de tal fenómeno y apuntar medidas para la solución de los problemas a que esto da lugar.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión: el relato de los principales logros, avances y perspectivas de la Comisión son un reflejo del trabajo armónico, que de consuno llevan a cabo las instituciones de salud y de educación en un trascendente papel que coadyuva a la planeación, programación, formación y educación continua del personal de salud. La CIFRHS es una instancia de coordinación entre las instituciones de servicio y las educativas, y que constituye también un foro

de concertación para resolver discrepancias que pudieran suscitarse entre las instituciones que la conforman. Pero su importancia, más que todo, radica en su condición catalizadora en la búsqueda de calidad de los recursos humanos para la salud.

Las tareas de la Comisión y de sus respectivos Comités requieren de la participación comprometida y el talento de todos sus integrantes, solo así, podrán cumplirse cabalmente sus funciones, con renovados esfuerzos y enfoques creativos, que participen en la modernización en que se haya inmerso el país y por ende los sistemas que en buena parte son responsables del bienestar social de los mexicanos.

LA EXPERIENCIA DEL CINAEM - BRASIL

William Saad Hossne

I. CREACION - COMPOSICION

En el Brasil, en la década del 80, asumieron particular relevancia dos grandes cuestiones:

- 1) la necesidad de estructuración y reformulación de la política de salud
- 2) y la adecuación del médico formado a las necesidades del país.

La primera cuestión mereció ser destacada y analizada en la 8a. Conferencia Nacional de la Salud, realizada en 1986; en dicho evento se fundamentó el sistema único de salud consagrado en la Constitución en 1988.

La segunda cuestión ya venía siendo discutida hace algún tiempo, por las escuelas médicas, por las asociaciones y por las sociedades científicas, canalizándose las propuestas principalmente en el sentido de reformulación curricular y de las cargas horarias de las disciplinas, recibiendo énfasis la del análisis de las consecuencias de la gran proliferación de escuelas médicas en el país, durante las décadas del 60 y del 70 (56% del total de las 80 escuelas existentes hoy fueron creadas en este período).

En el período final de la década del 80 se tornó imperativa la adopción de algunas medidas concretas en relación a este análisis, también porque, de todas las profesiones, la ciencia médica fue la que sufrió y va sufriendo las mayores y más profundas transformaciones, a gran velocidad.

Se sugirió entonces como primera propuesta la evaluación del médico recién formado a través del "examen de orden".

Después de un amplio debate en las escuelas médicas, en las asociaciones y en las sociedades científicas, en los consejos de medicina, se llegó a la conclusión de que el examen de orden evaluando apenas (y de modo puntual) el producto final no teniendo en cuenta el aparato formador sería un procedimiento insuficiente; para algunos sería también un procedimiento inadecuado e inoportuno.

La magnitud y la importancia actual de la problemática movilizaron diversas entidades de la sociedad civil involucrada con la formación y con el ejercicio de la profesión, buscando la creación de un mecanismo de acción continua y abarcadora, que posibilitara el análisis del sistema formador y del médico formado.

Surgió así la Comisión Interinstitucional Nacional de Evaluación de la Enseñanza Médica (CINAEM), nacida en marzo de 1991, desempeñando la ABEM papel pionero y decisivo en su creación.

Para constituir y crear la CINAEM se congregaron instituciones representativas de carácter nacional, directamente implicadas con la formación y el ejercicio de la profesión, englobando entidades de todos los niveles (de alumnos, de residentes y de profesores, de educadores, de dirigentes, de sindicatos, de fiscalización, de profesionales...). En vista de la fuerza representativa también se agregaron dos órganos de nivel estadual (San Pablo y Río de Janeiro).

La CINAEM quedó con la siguiente composición:

- Asociación Brasileira de Educação Médica - ABEM
- Conselho Federal de Medicina - CFM
- Direção Executiva Nacional de los Estudiantes de Medicina - DENEM
- Consejo de Rectores de las Universidades Brasileñas - CRUB
- Asociación Médica Brasileña - AMB
- Federación Nacional de Médicos - FENAM

- Asociación Nacional de Medicina - ANM
- Sindicato Nacional de los Docentes de Instituciones de Enseñanza Superior - ANDES
- Consejo Regional de Medicina del Estado de Río de Janeiro - CREMERJ
- Consejo Regional de Medicina del Estado de San Pablo - CREMESP.

La CINAEM tuvo como primer presidente al Prof. Philadelpho de Siqueira entonces presidente de ABEM (1990 - 1992).

II. ACTUACION

La actuación de la CINAEM, hasta el momento, comprende dos fases:

1a. fase: Obtención de datos a partir de un cuestionario amplio, respondido directamente por las escuelas médicas.

Después de análisis y discusión, la CINAEM, con base en asesoría técnica (comisión técnica) optó por la aplicación de un cuestionario elaborado por la OPS/OMS (Vidal, C.A. y Rozenblat, E.E.), publicado por la OPS (Serie Recursos Humanos No. 32)¹

Este cuestionario fue modificado en parte, utilizando estudios de ABEM y de AMB para la evaluación de bibliotecas y hospitales.

En total, el cuestionario contiene 266 ítems, distribuidos de la siguiente manera:

Identificación y caracterización:	9 ítems
Producto final:	12 ítems
Estructura curricular:	28 ítems
Metodol. del proceso enseñanza/aprendizaje	29 ítems
(incluye Internado - 10 ítems):	27 ítems
Evaluación:	43 ítems
Recursos humanos para la docencia:	44 ítems
Integración docente-asistencial:	8 ítems
Residencia médica:	10 ítems
Hospital de enseñanza:	22 ítems
Estructura académico-administrativa:	8 ítems
Biblioteca:	26 ítems
Presupuesto:	266 ítems
Total:	

El conjunto de escuelas fue analizado, utilizándose un delineamiento de tipo ecológico.

Los ítems del cuestionario fueron agrupados de la siguiente manera:

- Vínculo jurídico
- Fecha de creación de la escuela
- Estructura económico-administrativa
- Estructura político-administrativa
- Infraestructura material
- Modelo pedagógico
- Papel de la escuela médica en la asistencia y en la investigación.

¹Metodología de evaluación de las escuelas (facultades de ciencias de la salud). Carlos A. Vidal, Enrique E. Rozenblat-Serie Recursos Humanos, OPS 1980.

La CINAEM después de discusión y debate elaboró una matriz de análisis, que utilizó 105 ítems (40%) de los 266 del cuestionario.

En la constitución de cada indicador fueron utilizados varios ítems (abajo referidos); cada indicador presenta el patrón máximo de 100, pudiendo variar la puntuación de cada escuela de 0 a 100.

MATRIZ DE ANALISIS.

Identificación:	5 ítems
Estructura político-administrativa:	10 ítems
Estructura económico-administrativa:	8 ítems
Infraestructura material:	10 ítems
Recursos humanos:	17 ítems
Modelo pedagógico:	36 ítems
Papel de la escuela médica en la asistencia e investigación:	13 ítems
Producto final:	6 ítems
Total:	105 ítems

De las 80 escuelas, 76 (95%) respondieron al cuestionario, lo que prueba la alta receptividad que tuvo la propuesta de CINAEM.

Los miembros de CINAEM procedieron al análisis de los datos de cada escuela, resultando un conjunto de comentarios y de consideraciones, que fue enviado a los directores de cada escuela. Se buscó de este modo, crear un instrumento de evaluación que enseñase condiciones para discusión y reflexión y, eventualmente, reformulación, en el ámbito de cada curso médico.

Los resultados del análisis del conjunto de las escuelas médicas fueron presentados en el II Foro de Evaluación de la Enseñanza Médica, realizado conjuntamente con la XXX Reunión Anual de la Asociación Brasileña de Educación Médica, en Londrina, 1992, y publicados en la Revista Brasileña de Educación Médica 16: 37-51, 1992. En anexo, separata de la referida publicación.

En resumen, se observan las siguientes medidas de tendencia central de las variedades descritas (resultado ideal - 100).

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL ANALISIS UNIVARIADO DE LAS ESCUELAS MEDICAS DEL BRASIL - 1992 (N= 76)

VARIABLE	MODA	MEDIANA	MEDIA	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
ESTRUCTURA POLITICO- ADMINISTRATIVA:	60.00	70.00	68.55	63.49 a 73.61
ESTRUCTURA ECONOMICO- ADMINISTRATIVA:	60.00	60.00	50.78	44.24 a 57.33
INFRAESTRUCTURA MATERIAL:	58.00	56.00	54.03	49.68 a 58.39
RECURSOS HUMANOS:	40.00	40.00	42.63	38.24 a 47.02
MODELO PEDAGOGICO:	55.00	55.00	57.69	53.32 a 62.06
PAPEL DE LA ESCUELA MEDICA EN LA ASISTENCIA Y EN LA INVESTIGACION:	50.00	50.00	44.40	38.93 a 49.88

De un modo general se verifica que los resultados obtenidos en cada variable se situaron en torno del 50% del deseable (patrón ideal - 100); los resultados obviamente guardan relación con los lineamientos utilizados al establecerse lo que sería el patrón ideal según la concepción de la CINAEM.

En el análisis multivariado se observó que el producto final (médico formado) tiene una relación significativa con el modelo pedagógico y con la estructura económico-administrativa. Se observó, no obstante, un efecto de los recursos humanos sobre el producto final a través del modelo pedagógico.

La CINAEM siempre asumió, y esto se confirmó, que el cuestionario aplicado no era un instrumento perfecto, acabado y al mismo tiempo suficiente para el análisis de los objetivos deseados. Con todo, los resultados obtenidos, vale repetir, permitieron:

- Iniciar la formación de un banco de datos
- Evaluar en el conjunto de las escuelas médicas las variables planificadas
- Proveer a las escuelas médicas de un conjunto de análisis de respuestas, de modo de constituir un instrumento de evaluación y discusión a nivel interno
- Permitir un estudio descriptivo de cada ítem del cuestionario (trabajo todavía no publicado).

Desde el inicio, la CINAEM consideró esta fase apenas como una etapa necesaria, importante, todavía con fallas, para la segunda fase que está en vías de ser concretada.

2a. fase: Esta fase hace a las limitaciones de financiamiento y fue desdoblada en módulos, dándose prioridad (1er. módulo) a las siguientes variables: Recursos Humanos, Modelo Pedagógico y Médico Formado (Producto Final).

La priorización se justifica en relación al hecho de que estas variables fueron las que tuvieron mayor influencia sobre el producto final y también porque representan posibles elementos de transformación de la escuela médica.

El proyecto inicial de este módulo elaborado por el equipo técnico fue presentado en el III Foro de Evaluación de la Enseñanza Médica, realizado en conjunto con la XXXI Reunión Anual de ABEM - San Luis, 1993.

Las sugerencias y consideraciones preliminares fueron recogidas y analizadas por la CINAEM y el equipo técnico.

En el anexo, copia del documento- proyecto en su fase actual.

Vale la pena señalar tres puntos importantes en este proceso de la segunda fase.

- 1er. punto: participación de las escuelas y de las entidades en la elaboración definitiva del proyecto.

El primer módulo de esta segunda fase fue enviado a todas las entidades que integran la CINAEM, a todos los directores, coordinadores de curso, directores académicos, asociaciones de docentes de cada una de las 80 escuelas del país, también a las sociedades científicas afiliadas a la Asociación Médica Brasileña, a los Consejos Regionales de Medicina y órganos sindicales.

La CINAEM concedió plazo de sesenta días para análisis, críticas, sugerencias, reformulaciones, sugiriéndose, inclusive, la búsqueda de asesoría en otros campos (estadística, pedagogía y antropología) de ser necesario.

En posesión de todas estas manifestaciones, será elaborado el proyecto a ser implantado y que será presentado en el IV Forum de Evaluación de Enseñanza Médica, a realizarse en conjunto con la XXXII Reunión Anual de la Asociación Brasileña de Educación Médica (Niteroi, noviembre/1994).

- 2o. punto: el modelo delineado que será utilizado en este segundo módulo tiene un delineamiento híbrido, esquematizado de esta forma:

- . Estudio de cohorte - para evaluación del médico formado en su último año de curso.
- . Estudio transversal - para análisis de recursos humanos.
- . Metodología de planeamiento estratégico - para análisis del modelo pedagógico.

Para mayor esclarecimiento, se destacan del documento elaborado por equipo técnico, los siguientes puntos:

ESTUDIO DE COHORTE PARA EVALUACION DE LOS MEDICOS FORMADOS

Objetivo general: evaluación de la cualificación cognoscitiva de los médicos formados en las escuelas médicas del Brasil y su relación con factores inherentes a la escuela médica de origen, tipo de acompañamiento dado a los estudiantes durante el décimo primero y décimo segundo semestres del curso médico y características locales y regionales donde se inserta la escuela de origen.

Población blanco: médicos formados en las 80 escuelas médicas del país.

Instrumentos: test de evaluación cognoscitiva - prueba con preguntas cerradas, precodificadas, basadas en contenidos determinados por los siguientes criterios:

- criterios de prevalencia (problemas comunes en las diversas especialidades médicas).
- criterio de letalidad. Emergencias y urgencias.
- criterio de prevención primaria.
- criterio de educación continua - contenido de metodología científica.
- criterio de formación - contenidos éticos y humanísticos.

Recursos humanos: equipo técnico central de la CINAEM, grupo gestor de investigaciones a nivel local (profesores, alumnos, elementos de la sociedad civil).

Los tests serán realizados cada dos meses, con un test final de evaluación cognoscitiva.

ESTUDIO TRANSVERSAL - EVALUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

Objetivo general: evaluar. Formar recursos humanos de las escuelas médicas y algunas de sus características y testar su asociación con el desempeño de estos recursos humanos en términos de enseñanza, investigación, extensión y actividades administrativas en la vida universitaria.

Población blanco: todos los docentes de las escuelas médicas del Brasil.

Instrumentos: cuestionario normatizado y precodificado.

Recursos humanos: equipo técnico de la CINAEM, grupo gestor de la investigación a nivel local.

ENFOQUE ESTRATEGICO: EVALUACION DEL MODELO PEDAGOGICO DE LAS ESCUELAS MEDICAS

Objetivo general: evaluar el modelo pedagógico de las escuelas médicas del Brasil y a partir de su realidad, estimular y subsidiar los actores involucrados para la superación de los problemas identificados en dirección a una situación objetiva que se articule con un nuevo paradigma educacional.

Población blanco: las 80 escuelas médicas del Brasil.

Instrumentos: instrumento de evaluación estratégica compuesto de cuatro momentos.

- Momento explicativo: abordaje de la situación actual sobre la que se pretende intervenir, creándose el llamado fluxograma situacional. A partir de éste serán seleccionados "Nosotros Críticos". Cada uno de esos "Nosotros Críticos", a su vez, sufre un proceso que sedesdobla en "Arboles de Problemas".
- Momento normativo: son definidos los resultados esperados construyéndose el "Arbol de Objetivos".

- Momento estratégico: es analizada la viabilidad en situación inicial y la construcción de viabilidad de aquellas consideradas conflictivas.
- Momento táctico-operacional: son implementadas las operaciones, monitoreadas en su ejecución y resultados evaluando el plan y haciendo las adaptaciones necesarias.

Recursos humanos: equipo central y grupos gestores a nivel local.

3er. punto: Características generales de la 2a. fase

- se trata de un proceso de evaluación (y no sólo de un momento), continuo y articulado.
- la participación efectiva y permanente de la institución es indispensable y forma parte de la naturaleza intrínseca del proceso.
- el proceso debe permitir que cada institución procure y establezca sus propias directrices, buscando las soluciones más adecuadas a su caso.
- el proceso de investigación-acción (objetivo primordial de la CINAEM), esto es, la evaluación debe desencadenar los cambios necesarios y oportunos.
- se pretende que el proceso cree las condiciones y las acciones debidas para la búsqueda de un nuevo paradigma de educación médica.

Estamos hoy formando los médicos del año 2020.

ESTRUCTURA ACTUAL DE LA CINAEM

La CINAEM tiene un reglamento interno elaborado en 1993 (copia en anexo). Está dirigida por un colegiado representativo de las entidades, presidida por el Presidente y el Vice Presidente. Para las actividades ejecutivas cuenta con un Coordinador Ejecutivo, Comisión Técnica y Comisión de Finanzas.

La Composición actual es la siguiente:

ENTIDADES Y REPRESENTANTES:

- . Asociación Brasileña de Educación Médica - ABEM
- . Consejo Federal de Medicina - CFM
- . Dirección Ejecutiva Nacional de los Estudiantes de Medicina - DENEM
- . Consejo de Rectores de las Universidades Brasileñas - CRUB
- . Asociación Médica Brasileña - AMB
- . Federación Nacional de Médicos - FENAM
- . Asociación Nacional de Medicina - ANM
- . Sindicato Nacional de los Docentes de las Instituciones de Educación Superior - ANDES
- . Consejo Regional de Medicina del Estado de Río de Janeiro - CREMERJ
- . Consejo Regional de Medicina del Estado de San Pablo - CREMESP

EQUIPO TECNICO:

- . Prof. Roberto Piccini
- . Prof. Edmundo A. Gallo
- . Prof. Rogério de Carvalho Santos

COORDINACION:

Presidente: Prof. Dr. William Saad Hossne

Vice Presidente: Prof. Dra. Irene Abramovich

Coordinadores Ejecutivos: Prof. Luiz A. Santini

Prof. Jorge Luiz do Amaral.

GESTION DE LA CALIDAD EN LA EDUCACION MEDICA

CONSTRUCCION DE VIABILIDAD

*Asociación Venezolana de
Facultades y Escuelas de Medicina.
Venezuela, 1994¹*

Introducción

La educación médica como práctica social en permanente transformación es un espacio en donde confluyen un complejo de factores, la práctica médica, el desarrollo científico-tecnológico, los perfiles epidemiológicos de la población, así como su propia historia; todo esto ha sido objeto de continua preocupación por parte de las escuelas de medicina venezolanas. Hoy más que nunca se siente la necesidad de realizar un profundo análisis sobre el camino transcurrido y los retos del futuro.

La Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina ha asumido este reto y en los últimos años conjuntamente con otras Instituciones Nacionales e Internacionales participa en una reflexión colectiva sobre el *qué hacer* ante un mundo cambiante. Diversas conferencias y seminarios auspiciados por la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina, la Federación Panamericana y Mundial de Facultades y Escuelas de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud, han contribuido de manera notable a crear movimientos de opinión colectiva que contribuyan a esa reflexión y a los cambios potenciales.

En este trabajo se plantea en un primer momento, la caracterización del camino andado por la Educación Médica Venezolana en los últimos años, luego se caracteriza brevemente la visión de futuro y por último y tal vez lo más relevante de este documento es la descripción de las estrategias que se están utilizando para el desarrollo de un programa de gestión de la calidad de la educación médica, que genere un movimiento interno en las escuelas de medicina y uno externo conjuntamente con otras instituciones, de servicio de salud y gremios que tengan como norte, el incremento de la relevancia y pertinencia social de la misión de las instituciones educativas del sector salud.

¹ Universidades participantes del proyecto:

Universidad de Los Andes
Universidad de Carabobo
Universidad Central de Venezuela
Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado"
Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"
Universidad de Oriente
Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos"
Universidad del Zulia
Instituciones afiliadas a AVEFAM:
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Instituto Venezolano del Seguro Social
Federación Médica Venezolana

Para la formulación de esta posición la AVEFAM convocó a una serie de reuniones, que en su primera fase contó con la presencia de los decanos y directores de las facultades y escuelas de medicina; representantes del Ministerio de Salud y Asistencia Social; el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales; y la Federación Médica Venezolana. Ello expresa un primer consenso de este equipo de trabajo, sobre una estrategia para construir la viabilidad al proceso de gestión de la calidad en la educación médica.

I. LA EDUCACION MEDICA EN VENEZUELA Y SU RETO EN UN MUNDO CAMBIANTE

La educación médica es un proceso social en permanente transformación, es un espacio de la práctica social influida por múltiples determinantes, como son la estructura social, la práctica médica, el desarrollo científico y tecnológico, los perfiles epidemiológicos de la población, la historicidad propia y los valores intrínsecos a la educación médica, las teorías del aprendizaje y los modelos pedagógicos; este conjunto de factores no influyen a la educación médica en forma desestructurada y se debe señalar que en cada situación socio-histórica su forma de articulación y la preponderancia de cada uno de ellos ha adquirido particular importancia.

En Venezuela la educación médica se inicia con la creación de la Cátedra Prima de Medicina en 1763, en la Real y Pontificia Universidad de Caracas. En 1827, se produce la más importante reforma del siglo XIX, con el decreto del Libertador Simón Bolívar que establece los Estatutos Republicanos de la Universidad Central de Venezuela y con ellos la reorganización de los estudios médicos en la Facultad Médica de Caracas. A partir de esta fecha y por más de un siglo, su desarrollo seguirá el modelo de los estudios europeos, en especial la escuela médica francesa. A partir de 1936, con el incremento de la población y los cambios socioeconómicos de la nación, se inicia una etapa de modernidad y expansión de la educación y de los servicios sanitarios en todos sus niveles.

Los cambios ocurridos imponen nuevas necesidades en la formación de los médicos venezolanos, que se incorporan a la corriente mundial influenciada por el modelo norteamericano, producto de la reforma flexneriana.

En los diez años siguientes se amplían los estudios universitarios a tres centros superiores y a siete, en la década de los años sesenta, con la creación de las universidades experimentales distribuidas en todas las regiones del país.

En la actualidad existen 10 escuelas de medicina todas pertenecientes al sector público adscritas a la Universidad de los Andes, Universidad de Carabobo, Universidad Central de Venezuela, Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda", Universidad de Oriente, Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos" y Universidad del Zulia. Ellas comparten la responsabilidad de satisfacer las necesidades nacionales y regionales de formación de personal para la salud.

En la época contemporánea, el interés por la educación médica en Venezuela y en particular el cuestionamiento del paradigma educativo preponderante, tuvo respuesta institucional universitaria en todas las facultades de medicina; en el Consejo Nacional de Universidades; en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; y en la Federación Médica Venezolana. Entre ellos patrocinaron en 1960, el I Seminario Nacional de Educación Médica. Desde entonces se han celebrado ocho Seminarios Nacionales, cuyas agendas han tratado importantes temas educativos, abarcando aspectos desde la doctrina de la enseñanza hasta los aspectos operativos, la organización, los recursos, las necesidades actuales y futuras, el perfil profesional del egresado; la formación y capacitación del

personal docente, entre otros. La organización y el asesoramiento de estos eventos, ha contado con el apoyo y cooperación de Instituciones como la AVEFAM, FEPAFEM y ls OPS/OMS.

La Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina, fue constituida en 1965 por los decanos de todas las facultades de medicina del país, con el propósito de coordinar las relaciones de las facultades y escuelas de medicina; propender al progreso de la educación médica, estimular la formación de profesionales capaces e idóneos; formar y capacitar al personal docente y preparar acciones en beneficio de la colectividad, los médicos y de la educación médica.

En las décadas de los años 60 y 70, se propiciaron los modelos de relación docencia-asistencia. Las escuelas enfrentaron el grave problema de la masificación estudiantil, que puso en riesgo de colapso a la totalidad del sistema de educación superior. Las instituciones se vieron desbordadas por la enorme demanda estudiantil, afectadas por la limitación de recursos materiales y por una ya cuestionada calidad de la enseñanza, que empeoró aún más. Se establecieron mecanismos de limitación y selección de ingreso de estudiantes y cursos básicos o pre-profesionales que aportaron dudosos beneficios. A pesar de esta situación, no se produjo una proliferación de escuelas de medicina, gracias a los esfuerzos del núcleo de decanos y a las reuniones de las oficinas de educación médica. Por otro lado, se hizo un gran esfuerzo en capacitar pedagógicamente a los profesores de las escuelas y se logró formar en este período a un 60% de ellos.

En los años 80 se iniciaron importantes reformas curriculares, tratando de adaptar el perfil profesional a las necesidades de la población. Estas transformaciones continúan efectuándose en los años 90.

Se puede afirmar que aun cuando existe la percepción de no haberse logrado cumplir las metas de calidad en la formación de profesionales para la salud que el país reclama, el avance permanente en estos últimos 30 años se ha orientado por los siguientes criterios:

- Búsqueda permanente de la correspondencia entre el perfil profesional y las necesidades de salud de la población.
- Concepción de la organización del curriculum como una totalidad.
- Discusión permanente sobre los diferentes modelos pedagógicos y la formación docente de los profesores.
- Búsqueda de sistemas de selección y admisión de estudiantes.
- Evaluación de la educación médica.
- Discusión sobre la educación médica, el desarrollo nacional y los planes de salud.

El avance señalado no indica la ausencia de problemas, y menos aún el agotamiento de discusiones, planteamientos y posiciones encontrados que lejos de enturbiar, enriquecen cada más el pensamiento universitario sobre la educación médica.

Hoy, en los finales de este milenio, se puede apreciar una revitalización de la polémica sobre la educación médica y es más que evidente, como en muchas de las prácticas sociales donde el consenso no es observable, la existencia en las escuelas de medicina de diversas concepciones teóricas y metodológicas sobre ella. Viejas y nuevas discusiones han adquirido una gran vigencia, el mundo cambiante que algunos han caracterizado como post-modernismo, así lo determina.

La educación médica como proceso social es en los actuales momentos un espacio de confluencia, algunas veces de armonía y otras de confrontación de diversas tendencias que produce un efecto ambivalente cuando analizamos realidades y hechos pues su génesis no es pura sino que es la síntesis de múltiples realidades. Los puntos más relevantes en donde ocurren estas confrontaciones y que generan modelos particulares de la concepción de la educación médica son:

- La práctica médica.
- El conocimiento y desarrollo científico-tecnológico.
- Las concepciones sobre salud-enfermedad y su causalidad.
- La organización del conocimiento biológico y social.
- Las políticas y sistemas de salud.
- Los principios éticos de la práctica médica.
- Las prácticas pedagógicas, el proceso de enseñanza-aprendizaje y la organización curricular.

Esta cambiante realidad conduce a las facultades y escuelas de medicina venezolanas a asumir la transformación de sus procesos educativos, a través de un proceso global, integral y continuo que logre una mayor coherencia entre los egresados y los requerimientos de la sociedad, utilizando un conjunto de métodos y técnicas para alcanzar este propósito, lo que algunos autores han llamado gestión de la calidad de la educación médica.

II. CALIDAD Y GESTION DE LA CALIDAD EN EDUCACION MEDICA.

El término calidad, prestado del mundo administrativo-industrial, ingresa al campo educativo, pretendiendo establecer nuevos parámetros para su producto. Su planteamiento ha sufrido transformaciones en las últimas décadas y no se ha logrado un consenso universal para abordarlo. El siguiente cuadro detalla las principales características de la evolución conceptual del término calidad en la educación (1):

CUADRO 1

EVOLUCION HISTORICO-CONCEPTUAL DE CALIDAD EN LA EDUCACION

AÑOS	CARACTERISTICAS PRINCIPALES
Años 60	<ul style="list-style-type: none"> - Primeras consideraciones. Perspectivas mecanicistas. - Parámetros cuantitativos: <ul style="list-style-type: none"> Número de alumnos Relación alumno-docente Calificación Infraestructura
Años 70	<ul style="list-style-type: none"> - Eficiencia o rendimiento social - Indaga sobre el qué y el cómo de la Educación - Parámetros conceptuales: <ul style="list-style-type: none"> Contenido, técnicas, objetivos, actividades.
Años 80	<ul style="list-style-type: none"> - Integración de lo social, cultural, científico y tecnológico - Parámetros multidimensionales en función del tiempo, el espacio y las personas: <ul style="list-style-type: none"> Valores, aptitudes, psique, patrones.
Años 90	<p>Diversidad conceptual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historicista: <ul style="list-style-type: none"> La calidad está determinada por el logro de los objetivos. Su producto requiere ser validado por la sociedad. - Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> Define la calidad en función a la eficiencia y eficacia de la acción educativa - Humanista: <ul style="list-style-type: none"> La calidad objetiva del producto es definida por las exigencias de la naturaleza humana, más allá de los requisitos sociales.

Como se puede apreciar, la categoría *calidad de la educación* ha fluctuado entre la rigidez cuantitativa, la taxonomía conceptual y la efectividad de su producto y ha venido adquiriendo a lo largo del tiempo una visión cada vez más integral, más totalizante, centrada en el hombre, con una validación fundamentalmente social.

Se pueden evidenciar diversas concepciones sobre calidad en educación, paralelamente a ellas, se pueden distinguir distintos modelos que permiten identificar los elementos que inciden en la calidad de la educación de una institución. Tres de ellos son: el modelo sistémico que propone ver la educación a través de los componentes de un sistema donde existen entradas, procesos y salidas. El modelo de evaluación globalizada de Stake, que hace hincapié en evaluar la institución, sus componentes o las personas involucradas; y el modelo antropológico de Spradley que propone analizar y describir el acto educativo como una escena cultural.

Basado en estos modelos González (2) propone seis dimensiones para evaluar la calidad de la educación:

1.- Calidad referida a la *relevancia*, en función a la pertinencia, como el grado de correspondencia de los fines con los requerimientos externos; al impacto como el grado de influencia que se ejerce en el contexto, y a la adecuación como la capacidad para responder a situaciones coyunturales u objetivos emergentes.

2.- Calidad referida a la *efectividad*, vista como la congruencia de los propósitos y objetivos con los resultados obtenidos.

3.- Calidad referida a la *disponibilidad de recursos*, enfocada a la determinación de los componentes con que se cuenta para realizar el aprendizaje.

4.- Calidad referida a la *eficiencia* o el análisis del cómo se usan los *medios* para perfeccionar el egresado de una institución.

5.- Calidad referida a la *eficacia* vista como la congruencia entre los *resultados* obtenidos con la selección, distribución y organización de los recursos utilizados.

6.- Calidad referida a los *procesos* o el cómo se lograron los resultados.

Hoy en día, y en el marco de estas dimensiones, la calidad de la educación médica se percibe como un concepto relativo y referencial y para efectos de la construcción del Programa de Desarrollo de la Calidad de la Educación Médica en Venezuela se le da especial preponderancia a la calidad vista a partir de su relevancia definida por su pertinencia o correspondencia entre el egresado y los requerimientos sociales, su impacto o influencia que ejerce en la salud de la población, y a su capacidad para enfrentar y resolver situaciones inesperadas.

Asímismo, el proceso de gestión de la calidad de la educación médica se vislumbra conceptual y operativamente, como un proceso dinámico, continuo e infinito en sus posibilidades, influenciado por determinantes históricas, con participación de múltiples agentes sociales, que se sustentan de la articulación de consensos y divergencias y de un sistema de evaluación permanente; que responde a las necesidades sociales y tiene como principal objetivo transformar al ser humano y a las instituciones en el logro de su misión tomando en consideración las variantes internas y externas y la gerencia de los recursos humanos y materiales existentes.

III. UNA ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO: LA CONSTRUCCION DE VIABILIDAD

Ante el reto que se le plantea a la educación médica venezolana, analizada en el Capítulo I con respecto a los cambios que se suceden en la sociedad y en las prácticas profesionales, las facultades y escuelas de medicina de Venezuela acordaron iniciar un proceso de desarrollo de la calidad en la educación médica, en función a su relevancia, pertinencia e impacto social.

Evidentemente, en este proceso convergen un conjunto de factores de distinta influencia, por lo tanto, se podría afirmar que el llevarlo a cabo implica en alguna forma convertirlo en un proceso planificado y controlado a los fines de construirle la mayor viabilidad.

La AVEFAM dentro de su trabajo permanente de contribuir con el desarrollo de la educación médica venezolana analizó en un primer momento la posibilidad de ir generando los procesos de cambio desde una perspectiva de gestión de la calidad en educación médica, a los fines de fortalecer un proceso integral caracterizado por su democratización, permanencia, continuidad, potencialidad al cambio y pertinencia social.

La AVEFAM en esta primera fase inició el conjunto de factores que facilitarían el proceso y otros que lo dificultarían. Entre los primeros se identificaron:

- Sólida tradición de la educación médica venezolana.
- Educación médica fundamentalmente pública con un alto sentido de su responsabilidad socio-política.
- Identidad y coincidencia de fines de las diversas universidades donde se forman los profesionales en salud.

- Identidad socio-cultural de los espacios en los cuales las universidades venezolanas desarrollan sus programas educativos.
- Sensibilización hacia el mejoramiento de la educación médica a través de diversos procesos evaluativos.

Entre los factores que dificultarían el proceso de gestión se encontraron:

- Diferentes concepciones sobre la educación médica, en sus fines, metodologías y estrategias de los actores sociales involucrados.
- Resistencia a los cambios.
- Diversidad de criterios sobre la calidad de la educación médica.
- Escepticismo sobre la pertinencia y aplicación de los procesos de calidad a la educación.
- Percepción del nuevo enfoque como un simple cambio de denominación de procesos en que AVEFAM ha venido trabajando por muchos años.
- Ausencia de una visión de conjunto de la misión de las facultades y escuelas de medicina.

Ante esta plétora de factores y valorando cada uno de ellos AVEFAM asume la responsabilidad y toma la decisión política de desarrollar un Programa de Gestión de la Calidad en Educación Médica. Para ello, se plantea construir el proyecto a través de distintos momentos.

A: Momento de construcción del consenso de los niveles directivos de las facultades y escuelas de medicina. (Momento de decisión política).

AVEFAM considera que la estrategia básica para darle viabilidad a este proyecto es ir logrando consensos progresivos de los diferentes actores y niveles sobre la trascendencia de una propuesta de esta naturaleza.

El primer nivel de acuerdo a lograr es una identidad de propósitos, objetivos y estrategias a los niveles directivos de las facultades y escuelas médicas venezolanas.

Fase 1: Análisis de las categorías calidad de la educación médica y gestión de la calidad.

Como producto de una revisión bibliográfica y de discusiones en varias sesiones de trabajo y a pesar de enfrentarse diversas posiciones, todos coincidieron en la necesidad de desarrollar un programa de gestión de la calidad con una visión global y sistemática.

Se concluyó en la conceptualización operativa de la calidad de la educación médica y de gestión de la calidad en los siguientes términos:

-Calidad de la educación médica definida por su relevancia, en función a su pertinencia o correspondencia entre los egresados y los requerimientos sociales; su impacto o influencia que ejercen en la salud de la población; y a su capacidad para enfrentar y resolver situaciones inesperadas.

-Gestión de la calidad de la educación médica conceptualizada como un proceso dinámico, continuo e infinito en sus posibilidades, influenciado por determinantes históricas, con participación de múltiples agentes sociales, que se sustentan de la articulación de consensos y divergencias y de un sistema de evaluación permanente; que responde a las necesidades sociales y tiene como principal objetivo transformar al ser humano y a las instituciones en el logro de su misión tomando en consideración las variables internas y externas y la gerencia de los recursos humanos y materiales existentes.

Fase 2: Formulación de la misión de las instituciones de educación superior en el área de la salud.

Todas las escuelas de medicina del país tienen definida su propia misión y aun cuando comparten muchos de sus postulados, no había sido anunciada una misión que las integrara a todas. Tomando

en cuenta la responsabilidad ética-profesional y la transformación social científica y tecnológica del país, se elaboró la misión para estas instituciones:

"Definimos como misión de las facultades y escuelas de medicina, la formación de profesionales que respondan a las necesidades cualitativas y cuantitativas de la población en el área de la salud, con capacidad de generar conocimientos para el desarrollo personal y colectivo; de prestar a la comunidad un servicio de salud con calidad y oportunidad; de desarrollar tecnologías en función de mejorar permanentemente la docencia y la asistencia, contribuyendo a fortalecer los valores morales y éticos del hombre".

Fueron determinados 7 grandes elementos para caracterizar el perfil educacional de los egresados de las carreras médicas (3):

1.- **Responsabilidad ético-social:** Generación de actitudes y valores que permitan aproximar el acto médico a las dimensiones humanas que lo caracterizan y el respeto a los conocimientos, actividades y conductas de la población ante la salud y la medicina.

2.- **Sólida formación científico-humanística:** Comprensión de la dimensión individual y colectiva del proceso salud-enfermedad y su causalidad biológico-social.

3.- **Auto-aprendizaje permanente:** Capacidad metodológica individual para mantener un aprendizaje activo, continuo y responsable que permita la actualización de la praxis médica.

4.- **Habilidades y destrezas para el trabajo integral clínico-comunitario en diversos niveles de atención:** Capacidad de identificar, delimitar y precisar una conducta resolutive para los problemas de salud individuales y colectivos, o para establecer la necesidad de referirlos a otro nivel de atención que esté en capacidad de resolverlos adecuadamente.

5.- **Utilización racional de las tecnologías:** Aplicación de tecnologías apropiadas no sólo sobre la disponibilidad y uso de equipos, recursos y procedimientos sino a la utilización sistémica del conocimiento científico, en la resolución de problemas de acuerdo a las necesidades de la población y a los fines de asegurar la equidad de la atención de salud.

6.- **Trabajo de equipo:** Potencial para plantear y enfrentar situaciones con una visión integrada, para compartir responsabilidades y para participar y conducir experiencias de trabajo interdisciplinario y multiprofesional.

7.- **Visión democrática de la praxis médica:** Respeto a la participación de los diferentes actores sociales como criterio de funcionalidad democrática en el trabajo cotidiano de los equipos de salud.

Fase 4: Delimitación de factores y elementos que intervienen en un proceso de gestión de la calidad de la educación médica.

Como base inicial de consenso y a los fines de darle continuidad al trabajo iniciado por AVEFAM se escogió como marco de referencia las 4 categorías del modelo de la evaluación prospectiva de la educación médica de pregrado; propuesto por la OMS/OPS. (4)

En el mismo, se entiende por **CONTEXTO** al medio ambiente donde se desenvuelve la escuela, en cuya política curricular se refleja la realidad socio-económica del entorno. **ESTRUCTURA** se refiere a la organización de la escuela, la cual define el modelo de interrelación de sus componentes. **FUNCION** hace alusión a las actividades de los componentes de la estructura e **INTEGRALIDAD** es el aspecto donde se sintetizan las otras tres categorías.

Partiendo de estas categorías se trataron de identificar, en un primer intento, posibles indicadores a considerar para el desarrollo permanente de la educación médica, los cuales se presentan en el Cuadro 2.



4 DIC. 1996

Así, en el CONTEXTO tendrán que considerarse entre otros elementos las políticas educativas y de salud nacionales y regionales, dado el proceso de descentralización que se está gestando en el país. En ESTRUCTURA es necesario tomar en cuenta el tipo de organización de la institución, así como los recursos humanos, físicos y financieros. En relación a FUNCION, las políticas internas de la institución y el clima organizacional son de importancia para el trabajo a realizar, y por último, en INTEGRALIDAD se consideraron la concepción global del proceso salud-enfermedad, el equilibrio entre las diferentes áreas del curriculum y la articulación de la docencia-asistencia-investigación, como algunos de los elementos a estudiar.

CUADRO 2

ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA EL DESARROLLO PERMANENTE DE LA EDUCACION MEDICA

CATEGORIA	ELEMENTOS	INDICADORES GENERALES
CONTEXTO	<ul style="list-style-type: none">- Políticas educativas- Políticas de salud- Estructura de la Población<ul style="list-style-type: none">. Demanda profesional- Diagnóstico de salud- Organización de los Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none">. Sistema de acreditación universitaria. Articulación de la educación superior con educación media. . Perfiles de morbi-mortalidad. Condiciones de vida.
ESTRUCTURA	<ul style="list-style-type: none">- Estructura organizacional de la Escuela o Facultad.- Recursos humanos.<ul style="list-style-type: none">. Docentes. Administrativo. Obrero- Recursos Financieros- Planta física - Materiales y equipos	<ul style="list-style-type: none">. Dedicación. Competencia ética, científica, técnica, pedagógica y gerencial.. Competencia laboral. Actualización técnica. Competencia laboral. Actualización técnica. Presupuesto. Fuentes de Financiamiento. Areas para docencia, investigación, servicios, extensión y administración.. Cantidad y vigencia de los insumos para docencia, investigación, servicios, extensión y administración.

CUADRO 2 (cont.)

Elementos a considerar para el desarrollo permanente de la Educación Médica

<p>FUNCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Políticas de selección y admisión estudiantil - Políticas de ingreso, permanencia y reemplazo personal docente, administrativo y obrero. - Clima organizacional - Currículum - Servicio de Salud: integración docencia-asistencia-investigación 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos cuali-cuantitativos de los estudiantes a ingresar.- - Aspectos cuali-cuantitativos del personal. - Plan de estudio - Proceso de enseñanza-aprendizaje
<p>INTEGRALIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Articulación docencia-asistencia - investigación - extensión. - Concepción global del proceso salud - enfermedad. - Equilibrio curricular entre las áreas biomédicas, epidemiológicas, humanísticas y administrativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas y proyectos multi e interdisciplinarios.- - Ponderación entre conocimiento, destrezas y actitudes.

Sin embargo, es necesario señalar que este modelo será analizado posteriormente en base a las discusiones sobre la viabilidad política e institucional. A manera de síntesis se puede afirmar que sí es posible arribar a un consenso entre los decanos y por lo tanto lograr el momento de decisión política.

A: Momento de Diseño de la Estrategia para la Instrumentación del Proceso.

Fase 1: Valoración de los factores que favorecen o dificultan la fase de diseminación.

Entre los factores que favorecen el proceso se encuentran, el compromiso del nivel directivo y la identificación de la misión de las instituciones de educación superior en el área de la salud.

Por otro lado, entre los factores que dificultan el proceso están: la variedad de actores sociales con diversidad de criterios sobre la educación médica y valoración diferencial de una educación médica de calidad, ausencia de grupos líderes al interior de las facultades para impulsar proyectos de esta naturaleza e inexperiencia metodológica sobre implantación de procesos de gestión de la calidad.

Fase 2: Identificación de los actores sociales en la educación médica.

Los principales actores sociales que participan en la educación médica venezolana se encuentran tanto al interior de las facultades y escuelas de medicina como en el contexto en el cual se desenvuelven. En el Cuadro 3 se presentan los actores sociales identificados por los decanos:

CUADRO 3

Actores sociales más relevantes en la educación médica venezolana

-
- 1.- Gobierno Nacional Sector Salud
 - 2.- Gobierno Nacional Sector Educación
 - 3.- Gobierno Universitario
 - 4.- AVEFAM-FEPAFEM
 - 5.- Profesor - Grupos de Docentes (Agrupación diversas visiones educación médica)
 - 6.- Estudiantes Grupos de Estudiantes (Diversas visiones ideológicas. Nivel de la carrera).
 - 7.- Servicios de Salud.
 - 8.- Gremios. Sindicatos.
 - 9.- Población. Organizaciones comunitarias.
-

Fase 3: Pre-análisis de la posición de los actores sociales sobre un proceso de gestión de la calidad de la educación médica.

Al hacer un análisis de los documentos existentes se pueden concluir que tanto el gobierno nacional, el gobierno universitario, la Federación Médica Venezolana y los gremios en general han manifestado su interés por la búsqueda de procesos y metas de calidad. A nivel de las universidades se han venido realizando evaluaciones de los decanatos/escuelas, de los postgrados o de toda la institución. Considerando esta situación inicial como favorable para el desarrollo de un proceso de gestión de la calidad se contrastará lo expresado por los actores sociales en documentos y políticas con sus acciones en las áreas de incidencia.

Fase 4: Construcción de una viabilidad política de inicio.

Compromiso de los actores sociales con el proyecto.

Para lograr la viabilidad política inicial se hará una difusión del proyecto, logrando de esta forma sensibilizar a los actores sociales involucrados en la educación médica para que asuman su cuota de participación activa en el desarrollo del mismo.

Fase 5: Construcción de una viabilidad económica. (En proceso).

Involucra el establecimiento de las necesidades financieras para la implementación del proyecto.

Fase 6: Formulación de la propuesta metodológica. (En proceso)

La selección, formación y consolidación de los grupos de calidad en las diversas facultades y escuelas, es el punto de inicio de esta fase. Luego, se hará un análisis de las diversas propuestas metodológicas y una valoración de los estudios de evaluación institucional realizados por las distintas universidades, de la evaluación prospectiva de la educación médica (Modelo OPS/OMS) y de las evaluaciones internas.

C: Momento de aplicación y prueba del modelo de gestión de la calidad a nivel institucional e inter-institucional. (A realizar en el futuro).

Las fases que integran este momento se decidirán en base a lo alcanzado en los momentos anteriores.

REFERENCIAS

- 1.- Rivas C. Eduardo: "La Calidad de la Educación".(inédito) 1987.
- 2.- González, Luis: "Calidad de la Docencia Superior en América Latina".Programas Políticas y Gestión Universitaria CINDA, 1990.
- 3.- Montilva N.Leonardo: "La Educación Médica y la Salud para todos". Educación Médica y Salud. Vol. 25 No.4. Octubre-Diciembre 1991.

4.- Puchi F, José: "Evaluación Prospectiva Nacional de la Educación Médica de Pre-grado". Revista de la Facultad de Medicina UCV. Vol. 15. No.2. Julio-Diciembre 1992.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AMI-FEM: "Program for the strengthening of the quality of medical education". Cancun, Quintana Roo, May 1994.
- Bernal A. Hernando: "La Filosofía de la Calidad Total aplicada a la Educación". Publicaciones Violeta, INC. 1992
- Boelen, Charles: "Medical Education Reform: The need for global action". WHO-International Medical Education. Vol.67 No.11, November 1992.
- Campbelle E. Juan: "Concepciones Teóricas de la Calidad de la Educación". Revista Perspectiva Educativa, Instituto de Educación UCV. No. 15. Agosto 1989.
- Chacin, Migdy: "Hacia la viabilidad cualitativa de la Calidad de la Educación". UPEL, Maracay, Junio 1994.
- Donabedian, Avedis: "La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad". Salud Pública de México, Marzo-Abril 1990. Vol.32, No.2.
- FEPAFEM-EMA: "Contribución de las Américas a la Conferencia Mundial de Educación Médica". Material mimeografiado 1988.
- González Luis: "Calidad de la Docencia Superior en América Latina". Programas Políticas y Gestión Universitaria - CINDA, 1990.
- Living, Ileana: "Total quality: Its application to information services". Association of Caribbean University Research and Institutional Libraries, Aruba, April 1994.
- Manrique, William: "Paradigma de Investigación y Calidad de la Educación". UCLA-Barquisimeto. Julio 1991.
- Montilva N, Leonardo: "La Educación Médica y la Salud para todos". Educación Médica y Salud. Vol 25 No.4 Octubre-Diciembre 1991.
- OPS/FEPAFEM: "Los Cambios de la profesión médica y su influencia sobre la Educación Médica" (inédito).
- OPS/OMS-FEPAFEM: "Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la Educación Médica". Educación Médica y Salud. No.28:1, 1994.
- Orellana B. Andrés: "Calidad en el mejoramiento de la Enseñanza Universitaria". Centro de Investigaciones Educativas UPEL-IPB., Julio 1991.
- Orellana, B. Andrés: "Modelo de implementación para una calidad de gestión". UCLA-Barquisimeto, Junio 1994.
- PAHO/HRD.: "Gestión de la Calidad de la Educación Médica. Una propuesta de evaluación total". 93:02.
- Passos N. Roberto: "A gestao da Qualidade total na perspectiva dos servicos de saude - Ensaios". Material Mimeografiado, Río de Janeiro, 1993.
- Puchi, F. José: "Evaluación Prospectiva Nacional de la Educación Médica de Pre-grado". Revista de la Facultad de Medicina UCV. Vol. 15, No. 2 Julio-Diciembre 1992.
- Rivas C. Eduardo: "La Calidad de la Educación" (inédito) 1987.
- Ruiz B. Carlos: "Factores que influyen en la calidad de la Enseñanza y del Aprendizaje en la Educación Superior". UCLA- Barquisimeto. Julio 1991.
- Silvio, José: "Informática, Gestión del Conocimiento y Calidad en la Educación Superior". Universitas 2000. Vol. 16 No.2 1992.

EDUCACION, PRACTICA MEDICA Y NECESIDADES SOCIALES CONSTRUCCION DE VIABILIDAD CENTRO AMERICA

"UN MEDICO PARA EL SIGLO XXI"

Jafeth Ernesto Cabrera Franco
Rolando Collado Ardon¹

1. INTRODUCCION.

El impacto que sobre la educación médica tienen la práctica real y los cambios socio-económicos, ha sido tema de reflexión en los últimos años en las Facultades de Medicina de América Latina y el Canadá.

Esta reflexión, con el apoyo de OPS, llevó a generar una posición latinoamericana que fue presentada en la II Cumbre Mundial de Educación Médica en Edimburgo, en agosto de 1993².

Entre las conclusiones se señaló "la necesidad de generar un nuevo modelo científico biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y de la sociedad".

Fue planteada la obligación de las facultades y escuelas de medicina de definir y asumir un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad, lo cual muestra la preocupación general por las fallas que las instituciones docentes están teniendo en el cumplimiento de su rol social.

La búsqueda de soluciones continúa, y entre los insumos conceptuales para esta reunión se ha incluido la gestión de calidad y la construcción de viabilidad³ con el fin de estructurar estrategias nacionales que aseguren la continuidad del proceso y dar respuesta al desafío que enfrenta la educación médica no sólo latinoamericana sino mundial.

¹ Universidad Nacional Autónoma
de México. Profesor-Investigador;
Universidad de San Carlos, Asesor.

² OPS-FEPAFEM. Los cambios en la Profesión Médica y su influencia en la Educación Médica. Edimburgo, Escocia, 8-12 de agosto de 1993.

³ OPS-OMS. Gestión de Calidad en la Educación Médica, una propuesta de evaluación total. PAHO-HRD.93.02

2. OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo es "Contribuir a la estructura de un modelo de educación médica fundamentado en la realidad socio-económica, y en la realidad de la práctica médica donde el futuro médico vivirá y ejercerá su profesión".

Al proponerse un modelo no se pretende sustituir a los anteriores, en especial a los aspectos de ellos que han probado ser útiles. Sabido es que en cada época histórica ha predominado un determinado modelo de educación médica, pero simultáneamente ha existido modelos no dominantes que funcionan en los sectores, tampoco dominantes, de la sociedad.

Sustentamos la tesis de que al ocuparse no sólo de la sociedad en su conjunto, sino también de sus componentes -clases, etnias, grupos- la universidad debe comprometerse con tareas a realizar en función de ellos, ya sea del dominante, de uno de los dominados, o de todos. Ese compromiso debe hacerse a la luz del rol que la sociedad ha asignado a la institución y a otras instituciones complementarias.

Ocuparse solamente de uno de los componentes de la sociedad puede llegar a ser decisión, nueva o ratificada, de la institución docente. En ese caso se justifica la búsqueda y/o la aplicación de un modelo parcializado, sectorial, de educación médica, que creemos es lo que ha ocurrido, y contribuido a la no solución del problema.

3. SITUACION ACTUAL.

3.1 EL PERFIL DEL MEDICO ACTUAL

La educación médica, vinculada al modelo de desarrollo económico dominante, ha estructurado en Centro América un tipo, también dominante, de médico.

El perfil de dicho médico incluye entre otras las siguientes características (Cuadro No. 1)

- 1) Es un profesional orientado hacia la práctica urbana.
- 2) Tiende a la especialización y a la subespecialización, en consonancia con el grado de división social del trabajo en la ciudad.
- 3) Está débilmente capacitado para desenvolverse en sociedades donde la división social del trabajo es moderada o incipiente, como ocurre en localidades medianas y pequeñas.
- 4) Depende intelectual y técnicamente de las metrópolis extranjeras, de las que la institución docente importa ciencia y tecnología.
- 5) Tiene dificultades para generar paradigmas y tecnología internas, a nivel nacional y mucho más a nivel local.

3.2 LA ATENCION MEDICA ACTUAL

El tipo de desarrollo de las sociedades centroamericanas, la filosofía social e institucional de la atención médica, y el aporte cuantitativo y cualitativo de médicos por las instituciones docentes, ha llevado en forma conjugada a resolver parte de los problemas que se enfrentaron en el pasado.

Pero se han generado otros, que ahora procede enfrentar y resolver.

Entre ellos están (Cuadro No. 2)

- 1) Concentración urbana de los médicos, con creciente desempleo y subempleo. "Muchos médicos sin trabajo".
- 2) Déficit de médicos en el medio rural. "Muchos enfermos sin médico".
- 3) Concentración de la medicina institucional en el medio urbano.
- 4) En el medio rural, predominio de la medicina privada.
- 5) Deterioro creciente de la atención médica en ambos medios, urbano y rural.

La concentración urbana de los médicos es consecuencia lógica del tipo de formación que el estudiante recibe en la universidad. Sin embargo, tan importante o más importante, es la influencia integral que la ciudad ejerce en la introyección de valores y expectativas por quien en ella vive. Incluso parte importante de los estudiantes de provincia que van a las ciudades a estudiar medicina con la intención de volver, modifican la expectativa personal y social permaneciendo y ejerciendo en la ciudad.

En la ciudad aprenden, entre otras cosas, que el mecánico automotriz sabe de, y trata una parte del auto, no como el mecánico de pueblo que sabe algo de todo y se enfrenta a resolverlo. Aprende que en todos los oficios y en todas las profesiones, incluida la medicina, es preciso especializarse no sólo para saber más sino para poder competir en el mercado.

La sociedad, tan grande en la ciudad, ha permitido y obligado a que el trabajo se divida. El generalista, mecánico, ingeniero o médico, goza cada vez de menos status. El especialista lo tiene, aunque el proceso de la competencia tenga crecientes dificultades para encontrar trabajo.

Dentro de ese proceso, el médico no sólo privilegia la vida y la práctica profesional urbana, y las fuentes extranjeras de las que dependen. Rechaza además la vida rural, vista como propia de una sociedad "atrasada, ignorante, pobre, sin recursos" donde la única forma de vivir y de practicar la medicina es dentro de un contexto de sacrificio, de apostolado, de obligatoriedad, o de mesianismo transformador.

A ese rechazo a la vida rural se añade la falta de capacitación para vivir en ella con respeto, cuidado y verdadera habilidad transformadora. El resultado de la actividad del médico que temporalmente vive en el medio rural es con frecuencia negativa, desde sus intentos para inducir a la sociedad local valores urbanos, al irrespeto a la ecología, la inducción dependencia respecto a la medicina urbana, hasta los torpes intentos de transformación social, fundamentados muchas veces en un "sarampión ideológico" pero carentes de la preparación y de la habilidad política que un verdadero transformador social requiere.

Trasladando el modelo urbano de "médico de tiempo completo" el joven profesional concluye en pocas horas sus jornadas de trabajo y se encuentra con tiempo excedente. Si su labor es dentro de una institución resulta sobrepagado para el trabajo efectivo que realiza, pero si sólo con esos ingresos cuenta, resultan insuficientes para vivir y más aún para construir un futuro mejor.

Las alternativas son, regresar lo más pronto a una localidad mayor, dilapidar el tiempo disponible, o utilizar el tiempo en actividades productivas ajenas a la medicina.

Esto último significa incorporarse a la división social del trabajo local, donde el hombre realiza diversas actividades productivas y no productivas, viviendo y progresando con su propio ritmo.

Significa la aceptación de una vida diferente a la urbana; otros paradigmas, otros enfoques, otros valores, otras fuentes de satisfacción existencial.

Es lógico que sólo una parte, generalmente pequeña, de los médicos que van al medio rural, permanezcan en él. Es dar la espalda a su propio origen, a sus valores, a sus expectativas, y adoptar nuevos. Tal vez entre quienes se produce esa adopción se encuentren raíces ancestrales de capacidad adaptativa, de valor de exploradores, de creatividad de pioneros.

3.3 UNA REALIDAD POCO CONOCIDA.

Parker y Tuxhill encontraron decenios atrás que entre los médicos que en el Estado de Nueva York (EUA) vivían y ejercían en las pequeñas localidades rurales, lo habían, algunos planificado en la expectativa de tener una práctica intensa temprana, y en disfrutar del tipo de vida propia de esas localidades.

El factor más determinante para arraigar en una de esas localidades había sido el vincularse como pareja con una joven del lugar.

A los principios de los setenta, Collado y colaboradores encontraron en México que entre más pequeña era la localidad, menor era la presencia de la medicina institucional, y más importante la privada. La medicina general se ejercía mucho más que las especialidades.

Las fuentes de ingreso de los médicos eran, a nivel nacional, predominantemente médicas, pero en los médicos de las pequeñas localidades y de mayor edad, las fuentes extramédicas llegaban a constituir el 37% de los ingresos del sujeto. En otros términos, esas personas eran hombres incorporados a la socio-economía local, y además eran médicos.

El origen social fue importante: los médicos que se habían abierto paso y habían arraigado en las pequeñas localidades, procedían de familia de pequeños empresarios. Los hijos de intelectuales, profesionales y técnicos, estaban ausentes en el medio rural; ejercían más en las ciudades, en la medicina institucional, y aspiraban a seguir estudios de postgrado.

Los postgraduados también estaban ausentes en el medio rural.

Esa investigación, realizada en una muestra nacional de 2600 médicos en México, mostró también la correlación entre el grado de la división social de trabajo como para estar ocupado toda la jornada laboral. Mucho menos un especialista.

Otro hallazgo interesante es que entre los determinantes para elegir y arraigar en una localidad pequeña, el Servicio Social fue mencionado por sólo el 12% de los entrevistados. Como en el caso de Nueva York, el determinante más fuerte fue la pareja y lo que significó en términos de apoyo, de relaciones profesionales y económicas, de status, y de búsqueda conjunta de una vida acorde a las condiciones locales.

EL SECTOR SALUD Y LA ATENCION MEDICA REAL

Como fue señalado, uno de los hallazgos fue la escasa presencia del llamado sector salud en el medio rural. Las instituciones de este sector en México, y más aún en América Central, cubren sólo una parte de las necesidades de atención médica de la población.

A reserva de determinar en cada país cuál es la proporción real, conviene señalar la importancia de que las instituciones docentes preparen médicos para toda la sociedad y no sólo para el sector institucional. Las instituciones, públicas y privadas, no sólo no son representativas de la totalidad de la atención médica que se presta, sino que tienen incapacidad para contratar a todos los médicos que egresan de las universidades. Considerar la otra parte de la totalidad, las necesidades, las posibilidades, el mercado real y el potencial, puede llevar a mejores soluciones.

EXTRAPOLACION DE RESULTADOS E INVESTIGACION LOCAL

Es probable que la situación encontrada en el Estado de Nueva York y en México sea en muchos aspectos extrapolable a otros, si no a todos, los países y épocas históricas. Sin embargo, en sentido estricto, debe realizarse una investigación sobre la realidad existente en el país y en las localidades donde se pretende aplicar el modelo, para planear más finamente su estructuración y para evaluar sus resultados.

4. UN NUEVO MEDICO.

En esta ponencia se propone la formación de un nuevo médico. No nuevo en cuanto a que no exista, sino nuevo en la conceptualización de la educación médica.

Este médico existe en la realidad y se desenvuelve con éxito en su práctica profesional. Es el médico descrito en los hallazgos de investigación, que no elimina ni compite con el médico, urbano o rural, que ha tenido éxito dentro de la formación tradicional.

El perfil del médico que se propone "hacia el Siglo XXI" incluye: (Cuadro No.3)

- 1) Capacidad para integrarse en lo socioeconómico, en lo cultural, en lo político, y en consecuencia en lo profesional, a la realidad local.
- 2) Dedicar a la medicina el tiempo que exige -y permite- la demanda real de la población donde ejerce.
- 3) Utiliza el tiempo excedente en actividades productivas.
- 4) Su éxito profesional lo constituye con base en la calidad de la atención que presta.
- 5) Su éxito y satisfacción existencial resultan de la congruencia que logra con la ecología local, con su conducta en relación a los valores que sustenta, lo que puede denominarse "congruencia filosófica".

Aspectos nuevos respecto a la conceptualización que la educación médica tradicional propone son, entre otros, el que el médico se adapte a la realidad local, utilice el tiempo en actividades ajenas a la medicina, y sustente su éxito profesional en la calidad de la atención que presta.

Lo tradicional señala que el médico debe ser un agente de cambio, lo que en la práctica significa impulsarlo a modificar la sociedad rural a semejanza de la urbana; que se dedique sólo a la medicina y busque tareas dentro de ésta cuando la demanda sentida es satisfecha. En cuanto a la calidad de la atención médica, aprende y defiende que la adecuada es la que se presta en los centros hospitalarios de tercer nivel, quedando implícito que lo que se hace a nivel local es modesto, precario y de baja calidad.

La adaptación a la realidad local que se propone incluye la atención médica de excelencia, conceptualizada como la mejor que puede ser prestada en la realidad en que se vive, y la que puede lograrse con los recursos disponibles. Dado que no es factible que toda la población goce, en todos los casos y en todas las localidades, de atención médica de corte urbano, la excelencia debe conceptualizarse en términos de realidad: lo mejor que puede prestarse localmente.

De la misma forma la alimentación, la vivienda, el vestuario, el transporte, el trabajo, y por extensión, el vecindario, el paisaje, la recreación, la vida. Todo puede ser calificado de primera calidad si se mide en función de la disponibilidad real; y puede ser calificado de segunda o tercera, si el paradigma de excelencia se sitúa fuera de esa realidad.

4.1 OBJETIVO FORMATIVO DEL NUEVO MEDICO

Lograr que la práctica médica se desarrolle en el siglo XXI con las características descritas, implica que las instituciones docentes y el estudiante y futuro médico (Cuadro No.4):

- 1) Aprenda el significado integral, técnico y socioeconómico, de lo que es ejercer la profesión de la medicina.
- 2) Se capacite para diagnosticar integralmente los fenómenos clínicos y los fenómenos sociales.
- 3) Se prepare para ejercer siempre con un nivel máximo de calidad.
- 4) Se capacite para alcanzar un nivel óptimo de desarrollo profesional y personal, dentro de la división social del trabajo de la sociedad donde vivirá.
- 5) Se capacite para actuar responsablemente como agente de cambio hacia la salud individual y colectiva.

Estos objetivos educativos implican que el estudiante se aproxime a la realidad en una forma distinta a la habitual. Comprender que la profesión de médico se ejerce con determinados matices según la localidad donde se vive y los grupos sociales a los que se atiende. Que el diagnóstico integral de los fenómenos clínicos, y en especial de los fenómenos sociales, requiere de una capacitación sólida y no sólo de una ideologización explicable mas no aceptable. Implica modificar el concepto de calidad, como ya fue descrito. Implica clarificar su futuro ejercicio como médico general, especialista o subespecialista, en función de la división social de trabajo de la sociedad donde vivirá. Planear la localidad a elegir, conocerla, y elegir especialidad no en función de inspiración o presión de la moda sino de una expectativa real. Y promover el cambio, cuando así lo pretenda, con plena responsabilidad. Esto implica una preparación amplia y profunda, no sólo en los aspectos teóricos, sino en las habilidades practicadas y demostradas.

Hasta ahora se ha sido exigente en la preparación del médico para intervenir en fenómenos clínicos. Cada vez es más difícil para un estudiante que se le autorice para tratar, especialmente quirúrgicamente, a pacientes. Esta misma exigencia no se ha aplicado a su intervención en los fenómenos sociales, llegándose en algunos casos a promover a estudiantes de reciente ingreso para que trabajen con poblaciones, no sólo para realizar diagnósticos bajo supervisión, sino incluso para orientar medidas terapéuticas, medidas de cambio que implican el accionar político.

No es de extrañar los resultados negativos que se han producido en diferentes sitios, que han generado iatrogenia social negativa no sólo para la sociedad sino para los estudiantes y para las instituciones docentes.

No se propone abandonar la promoción del cambio, sino que al elevado nivel de responsabilidad que el intentarlo implica, llegue el médico con el correspondiente nivel de preparación teórica y práctica.

4.2 REPERCUSION NACIONAL

El enfoque expuesto enfatiza la repercusión del modelo en la medicina rural, donde más fuertes son las necesidades. Sin embargo, a nivel nacional el funcionamiento del modelo tendría entre otras las siguientes repercusiones:

1) Ubicación temprana del médico en la realidad, urbana o rural.

La adaptación del médico a la división social del trabajo es necesaria, cualquiera sea la localidad donde viva y ejerza.

2) Disminución del desempleo y subempleo médico.

Al ocupar integralmente su tiempo, incluso en actividades no médicas cuando la realidad lo exija, mayor número de médicos serán económica y socialmente productivos. La espera de oportunidades dentro de la medicina será sustituida por una mayor participación y creatividad del médico dentro de la sociedad.

Este resultado tampoco es nuevo. Los médicos dedicados a actividades no médicas también existen en las ciudades medianas y grandes, desarrollando a veces actividades que repercuten favorablemente en la salud con mayor intensidad que la práctica médica asistencial.

Tal es el caso de médicos que dirigen instituciones públicas y privadas, que generan alimentos agrícolas y pecuarios, que generan nuevas fuentes de empleo en la industria y el comercio, que dirigen grupos sociales, etc.

3) Mejor distribución espacial de los médicos.

El temor y el rechazo del médico a ubicarse en medios desconocidos como son las localidades medianas y pequeñas, será sustituido por la confianza en sí mismo, en su capacidad para adaptarse a cualquier sociedad y a cualquier medio. Más médicos irán a la provincia, disminuyendo su sobreconcentración en las ciudades.

4.3 ESTIMULO AL DESARROLLO ENDOGENO

La presencia de personal de alto nivel educativo es un estímulo al desarrollo de actividades diversas, en cualquier sociedad. Si a eso se añade el involucramiento con la vida local, el respeto a la misma, y el deseo de crecer con ella, la actividad de dicho profesional estimulará el desarrollo desde adentro, el desarrollo endógeno de paradigma y la creación de "futuros propios" no centrados en modelos externos, intra o internacionales.

5. VIABILIDAD.

La viabilidad del modelo que se propone depende de múltiples factores. Entre ellos:

1) Políticos intrauniversitarios.

El cambio no es fácil dentro de la universidad, más aún cuando implica modificación de paradigmas generales y particulares. El modelo que se propone a nivel de la profesión médica se aplica a todas las profesiones, lo que por otra parte abre la posibilidad de un programa experimental a nivel médico.

2) Políticos extrauniversitarios.

Las instituciones docentes se ocupan de la formación de médicos, pero la sociedad determina qué tipo de médico desea. Puede funcionar a nivel de la aceptación o rechazo del médico ya formado, pero podría también operar aceptando o rechazando el modelo.

Por ejemplo: un maestro rural dejó asentada su profunda oposición a una concepción como la que se propone, señalando que acabaría con el apostolado médico y llevaría al profesional de la medicina a ocuparse de su propio desarrollo más que de servir desinteresadamente a los demás. Indicar que el modelo sólo pretendía multiplicar una realidad minoritaria pero existente y exitosa, no fue suficiente para convencerlo.

3) Relaciones interinstitucionales.

Operar el modelo implica una cooperación interinstitucional no fácil de lograr. Sin embargo, "la formación del médico es un asunto tan importante que no depende sólo de la facultad de medicina, ni siquiera de la universidad. Depende de la sociedad y de todas sus instituciones".

4) La crisis de la medicina afecta no sólo a Centroamérica sino a muchos países del mundo. Actualmente -1994- el Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica lucha por una transformación profunda en el sistema nacional de atención médica, y la atención mundial se centra en sus resultados.

La aplicación del modelo que se propone puede, al nivel correspondiente, ser útil.

En este sentido, la asesoría y participación de organismos bi y multinacionales, en especial OPS/OMS, es de gran importancia.

6. CONCLUSIONES.

- 1- Se propone "UN MEDICO PARA EL SIGLO XXI" como modelo de Educación Médica.
- 2- El modelo no sustituye a los existentes pero enfatiza aspectos que la realidad ha mostrado como importante y exitosamente resueltos.
- 3- El proyecto se encuentra a nivel de propuesta, sujeto a crítica y perfeccionamiento conceptual.

LA EXPERIENCIA BOLIVIANA CONSTRUCCIÓN DE VIABILIDAD¹

Nila Heredia

Considero imprescindible indicar que para la elaboración de este documento ha sido necesario contar con la participación de las autoridades de las tres Facultades que forman la Asociación Boliviana de Facultades de Medicina, puesto que resumir esta importante experiencia no sería factible sin el aporte, la reflexión y la experiencia de las mencionadas autoridades.

La decisión de las autoridades por llevar a cabo los programas para llegar a la meta final y la enorme predisposición del conjunto por realizar tareas factibles de comparar y medir procesos de manera fraternal, alienta a pensar en que el proceso diseñado logrará formar recursos humanos reflexivos, críticos y con espíritu constructivo, a pesar de las exigencias del proceso.

Agradezco la comprensión y el apoyo recibido por las instituciones y autoridades para el buen logro del presente documento.

Dra. Nila Heredia Miranda²

NOMINA DE LA DELEGACIÓN

Dr. Buddy Lazo de la Vega

Preside la Delegación.

Presidente de la Asociación

Boliviana de Facultades de Medicina

Decano de la Facultad de Medicina U.M.S.A.

La Paz

¹ Documento elaborado por:

Facultad de Medicina: Universidad Mayor San Francisco Xavier
Facultad de Medicina: Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina: Universidad Mayor de San Simón
Bolivia, Octubre 1994

² Relator-Invitado
Docente Facultad de Medicina.
U.M.S.A. La Paz

Dr. Hugo Loayza

Decano de la Facultad de Medicina U.M.S.F.X.

Sucre- Chuquisaca

Dr. René Mejía

Vice-Decano Facultad de Medicina U.M.S.S.

Cochabamba

Dr. Oscar Moraes

Director Oficina de Educación Médica

U.M.S.A.

La Paz

Dr. Jorge Nuñez

Responsable Diseño Curricular

U.M.S.A.

La Paz

Dr. Fernando Cardona

Gerente de Recursos Humanos

Secretaría Nacional de Salud

La Paz

Dra. Nila Heredia Miranda

Facultad de Medicina

U.M.S.A.- La Paz.

I.- INTRODUCCIÓN.-

Luego de la conquista de América, la tercera Universidad fundada en el continente fue la de San Francisco Xavier, asentada en la ciudad de Sucre la misma que jugó un papel de vital importancia en la independencia boliviana y el continente mismo. Fue en ella donde se formaron patriotas que lucharon por la independencia de varias repúblicas del continente e incluso, algunos de ellos encabezaron las luchas libertarias.

A la luz de esa Universidad y en el transcurso de los siguientes 30 años se constituyeron otras casas de estudios superiores públicas, las mismas que además de dar formación en Derecho o Filosofía, enseñaban Medicina. Ninguna de las 6 universidades que posteriormente fueron creadas, dispuso la organización de nuevas Facultades de Medicina, sea porque éstas daban a basto a las necesidades del país o porque existía satisfacción en la formación dispensada.

Con excepción de la Universidad Católica, cuya antigüedad es de cerca de treinta años, las universidades privadas recién emergieron en el país los últimos 8 años. De ellas 4 prometen realizar formación en Medicina sin haber logrado hasta el momento graduar a ningún grupo de estudiantes.

Las tres Facultades de Medicina, dependientes del Sistema de la Universidad Boliviana, se encuentran organizadas en la Asociación de Facultades de Medicina (ABOLFAM) afiliada a FEPAFEM. A través de esta asociación se logró de manera permanente, generar procesos de formación y administración académica similares y comparar sus resultados organizadamente y con cierta periodicidad particularmente durante los últimos 12 años. De esta manera la evaluación y el control mutuo entre las Facultades de Medicina, ha sido relativamente fácil.

II.- EL PROCESO EVALUATIVO.-

El retorno al Estado democrático producido por última vez en el año 1982, determinó profundas transformaciones al interior de las universidades, debido a la incorporación de grandes sectores de población joven que había sido postergada durante la dictadura por las restricciones en el ingreso universitario y porque en su interior se había incorporado a personal docente y administrativo no calificado. La reconquista de su autonomía permitió en unos casos y obligó en otros, a realizar modificaciones en la estructura universitaria, en su gobierno y administración en pleno uso de su autonomía, para ponerla acorde a las líneas políticas vigentes. Para ello las Facultades de Medicina realizaron la III Sectorial en abril de 1985 con el objeto de adoptar metas comunes en el ámbito curricular, para la administración académica y para las políticas de extensión universitaria. Esta actividad fue realizada después de una somera evaluación del estado de la educación médica y situación política nacional.

Posteriormente, en 1987 y 1988, las tres facultades procedieron a realizar su autoevaluación y el análisis prospectivo a base de los instrumentos elaborados por la OPS/OMS, actividades que gozaron con apoyo de FEPAFEM y la OPS/OMS.

Los resultados de los mencionados procesos mostraron que las falencias o problemas fundamentales eran similares para las tres facultades, aunque con diferencias en relación a la magnitud en unas u otras. De las tres facultades la perteneciente a la Universidad Mayor de San Simón (Cochabamba) realizó una segunda evaluación, con resultados alentadores puesto que los cambios observados se encuentran en el orden de mayor eficiencia en los aspectos académicos y mejores respuestas a las necesidades del entorno.

Las otras facultades por su parte realizaron otras actividades con el objetivo de mejorar su calidad, sin embargo la falta de medición de esos procesos no nos permite realizar un análisis comparativo respecto de la evaluación realizada el año 1987-1988. Los resultados del análisis logrado por las tres facultades son resumidos a continuación:

A). CONTEXTO EXTERNO.-

1. Las Políticas Sociales actuales.- Una constante para todos los países latinoamericanos, respecto de las políticas sociales, se refiere a la disminución sostenida en la inversión para la educación, la salud, la vivienda, etc. La lógica del estado de bienestar que dio paso a los sistemas de seguridad social, a los programas de saneamiento ambiental, salud ocupacional y alimentación a los niños, a la fecha ha quedado relegada a un último plano. La pobreza ha aumentado sustancialmente a partir de la década del 80, problema que se torna agudo para los sectores empobrecidos por cuanto la población joven alcanza a cerca del 40%. Los sectores de clase media, antes con algún nivel económico, ahora engruesan las filas de los pobres debido a la disminución del número de puestos de trabajo y a la disminución real de las remuneraciones.

La situación actual configura sociedades fuertemente duales o polarizadas entre los sectores de extrema pobreza y los sectores económicamente acomodados que a partir de la gran empresa privada o del Estado retienen el mayor porcentaje del ingreso nacional.

Frente a esta situación la actual Secretaría Nacional de Salud, antes Ministerio de Salud Pública, ha intentado mantener sus programas e incrementarlos con programas preventivos, sin embargo debido a la política económica adoptada por el gobierno estos han sido bloqueados o modificados por la imposición de disposiciones económicas, al punto de hacer de los servicios públicos instancias prohibitivas para los sectores populares debido a los precios de las pruebas de laboratorio, quirófano y medicamentos.

Esta realidad ha obligado al ministerio a buscar acuerdos con organizaciones no gubernamentales y con la universidad para cubrir en alguna medida a la población dependiente de él. Por esta razón el acercamiento progresivo a la Facultad de Medicina se ve reflejado, inicialmente con la firma de Convenio de Integración Docente Asistencial y en programas conjuntos a nivel de capacitación y formación de recursos humanos.

2. Otra institución importante por su intervención crítica en torno a las políticas de salud, es el Colegio Médico, institución que desde el inicio de las reuniones para la firma del convenio docente asistencial se incorporó al debate y coadyuvó para el buen entendimiento entre ambas instituciones. Esta actitud ha valido para la incorporación del Colegio Médico como parte del Convenio.

3. Aunque las facultades reconocen la influencia de la situación económica sobre las condiciones de vida y la salud y admiten los cambios demográficos producidos en el último tiempo, éstos no han sido tomados en cuenta para la orientación del curriculum.

4. Las Facultades no tienen un estudio del perfil epidemiológico nacional o regional, lo que constituye una falencia determinante en el contenido de los programas académicos.

5. Las relaciones con las instituciones que prestan servicios, como la Secretaría Nacional de Salud o las instituciones de la seguridad social, son insuficientes lo que determina que los programas relacionados con la integración docente asistencial sean formales y sólo dirigidos a programas de asistencia hospitalaria.

6. La facultad no ha realizado un levantamiento de datos de la práctica profesional o de las necesidades del país que oriente a la adopción de políticas curriculares y al ingreso de nuevos estudiantes.

B). CONTEXTO INTERNO.-

Área académica.-

a) La formación predominante es teórica e intramural sobre todo en los cursos básicos lo que impide al estudiante conocer la patología prevalente del medio y la estructura socio económica del país. A esto se debe el divorcio con la realidad social.

b) El ciclo clínico tiene preferencia por el trabajo intrahospitalario, donde con frecuencia la formación se reduce a la demostración de casos clásicos o técnicas, sin lograr la participación activa del estudiante.

c) Durante los primeros 5 años, las actividades de servicio y aprendizaje en la comunidad son escasas y deficitarias. Los programas comunales con frecuencia se reducen a actividades voluntarias, desligadas de la docencia lo que no permite al estudiante aprender del contacto con la población y devolver a ella en forma de enseñanza en el área de su competencia.

d) Los contenidos de las materias no contemplan de manera suficiente la patología regional y nacional.

e) Hay importantes experiencias en el área de la investigación formativa ligada a las cátedras, sea a través de los institutos de investigación o al estímulo de docentes, sin embargo, éste es aún insuficiente puesto que con no poca frecuencia se observa que las investigaciones realizadas responden al interés individual de algún docente.

f) El plan de estudios, contempla la definición del médico que se quiere formar, sin embargo, tiene algunas deficiencias, lo que dificulta la formulación de políticas y actividades académicas.

g) Las materias de los distintos ciclos no se encuentran relacionadas entre sí a nivel horizontal ni vertical.

h) No existen programas o mecanismos suficientes que garanticen la enseñanza conjunta con estudiantes de otras disciplinas que permitan aprender a realizar trabajos inter y transdisciplinarios.

i) Las Facultades disponen de institutos de investigación en áreas especializadas. Es así que el Instituto de Biología de Altura y el Instituto de Biología Genética son únicos en el país y por tanto

son referentes para el contexto nacional e internacional. Otros institutos para la investigación regional mantienen programas que orientan y estimulan la investigación a nivel curricular y sirven a la vez de ligazón con la población, por el servicio que realizan.

j) El internado rotatorio constituye uno de los pocos y casi excepcionales medios de relación con los servicios del sistema público, puesto que no se agota con el servicio hospitalario, sino que se proyecta hacia el área marginal o rural. En este caso generalmente bajo la cobertura del Ministerio de Salud Pública.

k) Los convenios realizados con instituciones internacionales alientan la posibilidad de fortalecer los programas de postgrado e investigación, los mismos que tienen como objetivo orientar hacia el cambio a la institución toda.

l) El sistema de postgrado, aún débil respecto del nivel alcanzado en el ámbito internacional, en los últimos años ha logrado un importante desarrollo a nivel de las maestrías debido al apoyo e interés del Ministerio de Salud Pública y la OPS/OMS.

A la fecha los programas del postgrado a nivel de capacitación, especialización y maestría en salud pública intentan cubrir los requerimientos del ministerio del ramo con el que ambas instituciones tienen firmados convenios de corto y mediano plazo, bajo la cobertura del Convenio de Integración Docente Asistencial.

C). FINANCIERO.-

a) El financiamiento estatal para el funcionamiento de las universidades es insuficiente y muestra una fuerte tendencia a ser disminuido.

D). INFRAESTRUCTURA.-

a) En comparación al número de estudiantes, la calidad y el número de laboratorios y bibliotecas es aún insuficiente.

III.- EL PROBLEMA PRINCIPAL.-

Del análisis detenido de cada uno de los problemas antes planteados y en función de conseguir la meta central, se vislumbró que el problema principal o más importante está referido a la incipiente práctica extramural, puesto que la relación con grupos poblacionales generalmente se realiza de manera informal y sólo a través de actividades puntuales o esporádicas. Este problema evita la reformulación de los programas al interior de las cátedras y no permite al estudiante adoptar tareas educativas y de programación o dirección y menos aún a desarrollar labores en equipo.

LA META OBJETIVO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA:

En la medida en que las condiciones de vida han desmejorado sustancialmente durante los últimos años, han vuelto a emerger patologías antes erradicadas, a intensificarse patologías controladas y a aparecer nuevas patologías infecto-contagiosas, factibles de ser controladas con medidas preventivas y de protección antes que de curación, las instituciones formadoras se han visto obligadas a contribuir mediante la formación de recursos humanos competentes para esta realidad. Así mismo mediante la difusión del saber coadyuvar para precautelar la salud por parte de todos los pobladores, así como a ser sujetos y no objetos de los programas y planes sanitarios.

Para encarar este importante reto, las facultades de medicina han decidido como meta central, para un mediano plazo, contribuir a mejorar el estado de la salud de los sectores populares, a través de la formación de recursos humanos competentes, del acceso equitativo a los servicios de salud, del acceso a los servicios y beneficios públicos, de la equidad en la distribución del poder, a través de la democratización del saber (conjunto que podríamos definir como "conseguir la salud y una vida digna"), manteniendo la utopía de *salud para todos*.

IV.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN:

Primera Etapa.- (1987-1988)

Acercamiento y Convenio de Integración Docente Asistencial.-

Luego de varios intentos por desarrollar actividades de interacción social en servicios o áreas marginales, las facultades entendieron que para realizar actividades extramurales no era suficiente plantearse campañas esporádicas, programas de atención en postas sanitarias o acercamiento a grupos interesados por la salud, sino que había que plantear la intervención hacia la población a través de trabajos conjuntos entre la universidad y las instituciones servidoras.

El Ministerio de Salud Pública hoy Secretaría Nacional de Salud, tiene la obligación de garantizar la atención de más del 70% de la población, sin embargo a pesar del esfuerzo realizado, su capacidad real caracterizada por infraestructura insuficiente, financiamiento y número de recursos humanos, la cobertura no alcanza ni al 50% del porcentaje antes indicado. Estos factores permiten encontrar en esa Secretaría predisposición para el acercamiento programático.

Por esto se realizó en un primer momento el acercamiento al Ministerio de Salud Pública por ser la cabeza del sector en el área de salud y ser sobre todo responsable de la atención de la población empobrecida, a cuyas demandas la universidad está obligada moralmente a responder.

Con el fin de consolidar el acercamiento con el Ministerio, las facultades lograron formalizar las relaciones interinstitucionales a través de la firma del Convenio Integración Docente Asistencial y delinearon inicialmente algunas acciones conjuntas gracias a la predisposición de esa importante institución, puesto que antaño las relaciones entre Ministerio y facultades o entre el Estado y Universidad apenas habían sido establecidas a través de algún decreto o disposición ministerial que permitía la utilización de los predios hospitalarios más importantes como centros de enseñanza superior. De ahí que el Convenio indica en una de sus partes sustanciales que la integración es un proceso en creciente articulación, en el que instituciones servidoras y formadoras se comprometen a dar todo de sí para lograr la salud de la población. Además para lograr este extremo manifiesta su decisión de hacer los esfuerzos suficientes para incorporar en el convenio y en los programas derivados de él, además de la carrera de medicina a otras carreras del área de la salud, del área social o cualquier otra que de manera directa o indirecta estuviese en relación con la salud.

Bajo esta lógica y siempre en el afán de consolidar el Convenio, ambas instituciones vieron conveniente incorporar al Colegio Médico como parte del acuerdo, tanto por el interés demostrado por ese ente gremial cuanto porque su presencia generaba el compromiso formal del cuerpo médico para la lucha conjunta hacia la meta de *salud para todos*.

Segunda etapa.-(1988-1994)

Fortalecimiento de Programas Antiguos.-

Fortalecimiento del programa de especialización a través de la distribución de responsabilidades en la formación de los residentes, puesto que hasta esa fecha este sistema dependía casi en su integridad del Ministerio de Salud Pública. Este programa a la fecha goza de la acreditación universitaria y se encuentra bajo la cobertura de una comisión específica interinstitucional en la que se encuentran incorporados además de las instituciones mencionadas el organismo central de la seguridad social.

Esta determinación ha valido para que a la fecha toda la formación en especialidades se encuentre conducida por este órgano central, el cual coordina los programas, la administración académica y determina la creación de nuevos cursos en todo el ámbito nacional.

Tercera etapa.-(1990-1994)

Elaboración y Ejecución de Programas de Intervención a nivel Formativo e Investigación.-

A partir del año 1990, las instituciones convinieron realizar programas concertados de intervención comunal y de investigación sobre todo epidemiológica. Con esta línea maestra se dejó en libertad a cada facultad para que estructure proyectos, realice programas y los ejecute. Puesto que las regiones tienen diferentes grados de desarrollo, las necesidades poblacionales no son iguales, los recursos humanos que disponen las facultades son diferentes en algunas áreas y los intereses regionales tienen particularidades.

a)Experiencia Facultad de Medicina- Universidad Mayor de San Andrés (U.M.S.A.- La Paz)

Con esta determinación la Facultad de Medicina de La Paz programó y realizó el **Estudio del perfil de salud de la población de Viacha**, una población situada a 3.953 m.s.n.m. y aproximadamente a 30 kilómetros de la ciudad de La Paz.

El análisis realizado por esta facultad y el Ministerio a nivel de Comité Nacional de Integración Docente Asistencial (C.N.I.D.A.), respecto de las debilidades sanitarias del país se refiere a la ausencia de estudios completos respecto el perfil epidemiológico y sanitario, problema que evitaba tener instrumentos adecuados para realizar cambios en el curriculum de la carrera de medicina. Este criterio dio la base sustancial para generar el mencionado estudio el mismo que contó con el apoyo de la OPS/OMS, de la Alcaldía, la Prefectura, la empresa privada asentada en la zona y sobre todo de toda la población, la misma que aportó con la difusión y apoyo a nivel regional.

Los objetivos del programa fueron:

_El objetivo básico del proyecto fue: conocer a través de una ciudad tipo del altiplano, los factores socioeconómicos, los factores condicionantes para la salud enfermedad y la patología prevalente de esa población.

_Disponer de datos fidedignos de la realidad sanitaria regional como insumo fundamental para transformar el curriculum.

Estructurar un modelo de interacción social que amparándose en el Convenio de Integración Docente Asistencial pueda estructurar un programa de trabajo interinstitucional en una población que en calidad de cautiva pudiera ser trabajada en coordinación entre universidad y ministerio, para la formación de los estudiantes de pre y postgrado.

El programa excepcional por la calidad y magnitud logró interesar a toda la población universitaria de manera tal que docentes y estudiantes de al menos 12 carreras universitarias y dos institutos de investigación, intervinieron en el estudio durante las diferentes etapas. Movilizó a más de 4000 estudiantes y 400 docentes universitarios, así como a personal de las instituciones antes indicadas.

Este trabajo de particular importancia es hoy la base para la reforma curricular que se ha planteado la Facultad de Medicina de La Paz (U.M.S.A.) y el elemento fundamental para el diseño de un modelo de interacción social actualmente en experimentación.

A. Experiencia Facultad de Medicina- Universidad Mayor de San Simón (Cochabamba)

La facultad definió como objetivo central formar recursos humanos de alta calidad, para lo que procedió en un primer momento a modificar la política de ingreso universitario a través de la incorporación de un curso propedéutico para bachilleres con el objeto de garantizar la calidad de los estudiantes.

Un segundo momento fue utilizado para encarar la estructura orgánica y funcionamiento facultativo a través de la adopción de reglamentos y fortalecer la oficina de educación médica como pilar del cambio. Así mismo se emprendió con la organización de institutos de investigación a través de una agresiva política de relaciones con instituciones internacionales. De esta manera la facultad tiene funcionando nuevos institutos de investigación, uno de los más importantes es el Instituto de Enfermedades Tropicales. También ha logrado firmar convenios con numerosas instituciones con cuya colaboración se ejecutan varios programas de investigación e intervención a nivel local. Así mismo se encuentra en funcionamiento el centro de información ligado a centros de investigación y formación, además de la red de laboratorios para el apoyo en la enseñanza médica.

El trabajo comunitario es realizado particularmente a través de la incorporación de los estudiantes del ciclo clínico de medicina a numerosas poblaciones rurales cercanas a la ciudad, bajo programas y convenios interinstitucionales. De esta manera las reformas realizadas en la estructura y el plan de estudios están siendo evaluadas a través del rendimiento de estos estudiantes cuyos resultados son de particular importancia.

Cobra particular relieve el acuerdo con la Secretaría Regional de Salud, la misma que ha concedido a la facultad de medicina áreas específicas para la atención de primer y segundo nivel de salud. En estas áreas la facultad realiza el entrenamiento de sus estudiantes en el campo preventivo por los primeros cursos y de servicios por los del ciclo clínico.

La evaluación realizada muestra significativos resultados con respecto la formación de los estudiantes y la satisfacción de la población, a pesar de los problemas que ha tenido que enfrentar en el orden administrativo y económico.

A la fecha se espera del apoyo de organismos solidarios para evitar sea suspendida esta experiencia o disminuidos sus programas, problema tanto más complejo puesto que la población ha cobrado confianza en el servicio y tipo de trabajo de la institución.

A. Experiencia Facultad de Medicina- Universidad San Francisco Xavier (Chuquisaca)

La experiencia de esta institución se encuentra inscrita en el programa UNI financiada por la Fundación W.K.Kellogg. El proyecto tiene como eje de acción la carrera de enfermería con la cual, a través de subprogramas específicos en áreas piloto se desarrollan tareas en equipos multidisciplinarios. El objeto es contribuir al desarrollo de los Sistemas Locales de Salud de sectores aledaños a la ciudad de Sucre e influir paralelamente en la confección de un nuevo currículum de las carreras del área de la salud. La evaluación respecto del impacto del programa no ha sido realizada por el corto tiempo transcurrido en su ejecución.

EL POSTGRADO.-

Constituye en la actualidad uno de los programas más importantes y alentadores a nivel nacional debido a que por requerimiento del Ministerio de Salud Pública y en acuerdo con la universidad, la facultad ha consolidado y fortalecido la Maestría en Salud Pública y estructurado dos cursos de capacitación con carácter exclusivo para esa institución y tiene en programación otros que tienden a cubrir los requerimientos de las instituciones de servicios más importantes del país.

V.- LAS ESTRATEGIAS DE ABOLFAM.-

ABOLFAM ha resuelto poner todo su apoyo para la evaluación y prosecución de los programas en actual ejecución, para este efecto se ha planteado para un futuro próximo los siguientes pasos:

a) Iniciar el proceso de evaluación total por las tres facultades, para esto han decidido organizar comisiones locales coordinadas a nivel nacional, con el objeto de realizar un proceso de evaluación permanente con la meta de garantizar gestiones de calidad, para cada proceso planteado por cada facultad.

b) Consolidar o en su caso tramitar la concesión de las áreas donde se realizan actualmente las actividades, poblaciones de Viacha y Quintanilla, puesto que la propuesta es realizar un proyecto de largo alcance.

Para este plan indudablemente se requiere no sólo de la anuencia con las instituciones nacionales con las que se mantiene relaciones fluidas, sino del apoyo económico y asesoramiento de instituciones entendidas en la materia.

VI.- LOS PLANTEAMIENTOS PARA EL FUTURO.-

Es evidente que a pesar de las diferencias en la modalidad de encarar los problemas por parte de las facultades de medicina, las tres instituciones han decidido poner todos sus esfuerzos para producir recursos humanos de calidad, con conocimiento científico, con valores éticos y conocimiento social para una población, cuyas mayorías tienen una importante experiencia organizativa alrededor de los derechos sociales elementales bolivianos, con amplio conocimiento y utilización de la medicina tradicional y profundo respeto de su ancestro.

Con el objeto de enfrentar el reto para un corto y mediano plazo, las facultades tienen el deber de trabajar en un esquema común de intervención matricial, la misma que tomando como base la situación socioeconómica de los sectores populares y el derecho a la salud, contemple las condi-



cionantes que influyen en la formación y utilización de los recursos humanos, en el desarrollo de la ciencia y tecnología y su aplicación a nivel nacional, en el impacto de las políticas económicas internacionales, en los valores culturales de los pueblos y en la incorporación de los actores populares en tanto sujetos y no objetos de los planes y políticas sociales.

La Ley de Participación Popular emitida recientemente les plantea a las instituciones formadoras y servidoras una serie de retos, no asumidos hasta el momento de manera suficiente. La mencionada Ley permite consolidar a los antiguos Comités Populares de Salud, instancias organizadas que en los años 1983-1984 fueron determinantes para la erradicación del sarampión, poliomielitis y otras virales en un corto plazo.

Dos instrumentos son importantes para conseguir la meta objetivo de las facultades:

a)Fortalecer la integración docente asistencial a través de la ejecución de programas donde se incorporen disciplinas del área social u otras interesadas e instituciones no necesariamente sanitarias comprometidas en la lucha por la salud de la población.

b)Incorporarse en los procesos populares sanitarios a nivel local a través del apoyo a los Comités Populares de Salud u otros similares, el asesoramiento de los mismos, la educación informal a la población y la contribución para la toma de decisiones con el aporte de los resultados de la investigación participativa por parte de los cursos de postgrado, en actual ejecución.

EDUCACION MEDICA: ¿ES VIABLE LA CONSTRUCCION DE UN MANDATO DE CALIDAD?

César Mella

I. INTRODUCCION

La educación médica en América Latina ha atravesado por un largo peregrinaje en procura de su identidad primero y luego, ha tratado de convertirse en respuesta posible a los cambiantes y convulsos escenarios en que se desarrolla la práctica médica.

En los años 60 Juan César García¹ revolucionó el pensamiento de los educadores médicos al plantearnos:

- a. que la educación médica no constituía un proceso aislado sino que estaba subordinada a la estructura médica y social.
- b. que la educación médica gozaba de una autonomía relativa, pero que las características de la práctica médica dominante influían en el proceso de formación de médicos.

La universidad latinoamericana, escenario de la educación médica fue impactada desde el inicio de la segunda mitad del siglo por profundas crisis económicas que provocaron el debate entre masificación y cupos limitados, que a veces se convirtió en el dilema elitismo versus puertas abiertas.

El discurso educativo centró mucha atención en la comunidad y se multiplicaron en todas partes las experiencias de integración docentes y asistenciales rompiendo los muros de la universidad.

La efervescencia política, matizada por los logros en salud de la naciente revolución cubana, que encontraron cada país hasta entrados los 70, en el dilema entre dictadura y democracia, nos recuerdan:

- a. las estrategias y esfuerzos de la comunidad universitaria por articular el proceso educativo con los servicios de salud;
- b. la ruptura en mayor o menor grado, con la tradicional enseñanza por disciplina, que llevó a muchas escuelas médicas a proponer planes de estudios innovantes².

¹ García, Juan César: "La Educación Médica en América". Publicación Científica No.255, OPS/OMS, Washington DC 1972.

²Rodríguez, María Isabel: "Tendencias de la Educación Médica- Hacia Fin del Siglo: Posicionamientos". Ponencia presentada en el evento: "Calidad Integral de la Educación Médica, un reto para fin de siglo". Santo Domingo, República Dominicana. Julio de 1994, mimeo 31 pag.

c. se producen avances en salud pública y medicina social (se incorporan cursos: ciencias sociales articuladas a las ciencias de la salud); los desarrollos pedagógicos y de la tecnología educativa se refuerzan; la interdisciplinariedad relacionada con el énfasis que se dio a la investigación como eje de la formación, son rasgos relevantes del período.

Algunos autores han planteado que en la década de los 80 la educación médica se centró mucho en interpretar la estrategia de atención primaria pero de forma poco creativa y simplista.

Grandes esfuerzos protagonizados una vez por la OPS; otras por las asociaciones (FEPAFEM, ALAFEM, etc.) tratan en los foros internacionales de interpretar una sociedad en crisis económica que impactó en forma salvaje el estamento universitario llevándolo a lo regresivo y rutinario en su quehacer fundamental: la búsqueda de la verdad.

A fines de los 80 el "Análisis Prospectivo de la Educación Médica" aplicado en muchas escuelas médicas de la región nos relata con indicadores estandarizados la situación³ de los procesos educativos, enfocando un paquete de problemas concretos con el auxilio de las ciencias sociales y de la educación. Su mérito en plantear la "imagen objetivo" es decir, lo que tenemos y lo que necesitamos en el futuro inmediato en función de las tendencias de la práctica médica, del desarrollo y de las aspiraciones de los educadores médicos. El estudio no define aún claramente los criterios de calidad que se retoman en este momento.

Probablemente el aporte más relevante como documento de consenso en los 90, lo constituye el informe que en agosto de 1993⁴ se produce en Edimburgo y que plantea:

La educación médica tiene entre sus dilemas un enfrentamiento entre complejidad y cobertura, resulta poco visible y en consecuencia se encuentra fuera del debate de la formación médica tanto de pregrado como de postgrado.

El proceso de formación no es un mero espejo del "mundo del trabajo". La educación es un proceso social que tiene elementos intermediarios que son parte de su naturaleza: trabaja con lo simbólico y lo subjetivo de lo social, con la cultura e ideología médicas. Por eso las transformaciones educativas no responden directamente a los cambios de la práctica del trabajo. Aún cuando forman parte de una misma historia y van en una misma dirección, la práctica y la educación médica no evolucionan con el mismo ritmo, ni con los mismos contenidos.

Este desfase a veces genera contradicciones y tensiones de difícil solución. Un ejemplo de esta afirmación es que lo poco que queda de la práctica médica liberal típica en el mercado de servicios de salud corresponde a la práctica de algunos docentes de medicina. Esto ejerce una influencia ideológica sobre los estudiantes de medicina, quienes siguen aspirando a una práctica

³ OPS/OMS: "Análisis Prospectivo de la Educación Médica". Rev. Educación Médica y Salud. Vol 22 No.3, 1988.

⁴ "Los cambios de la profesión médica y su influencia en la educación médica". Edimburgo, Escocia - agosto de 1993, mimeo 21 pag.

autónoma ya superada, lo que está en contradicción con la realidad en que probablemente se insertarían.

Esta situación de "independencia subordinada" a lo social global y al trabajo específico para el cual capacita a sus agentes, le define a la educación médica posibilidades y limitaciones, márgenes de autonomía y de dependencia. En el nivel de las actividades de diagnóstico la tecnología ha cambiado la base de apoyo de la decisión técnica (cada vez es menor la importancia de la historia de vida y la anamnesis), y en el nivel del plan asistencial, debido a la colectivización del trabajo y la organización empresarial, se ha producido una disociación de las dimensiones médicas del tratar y del asistir.

Muchas facultades asumen un bajo compromiso concreto frente a la realidad de salud de la población. Desde las políticas de admisión pasando por la estructura del cuerpo docente, contenidos curriculares, desarrollo científico tecnológico, metodologías pedagógicas, y alternativas de especialización. Los indicadores de éxito orientan más hacia la aprobación de exámenes de admisión a residencias en el país o en el extranjero que a la respuesta a las cambiantes necesidades y demandas de la sociedad.

Sobre la práctica médica el documento plantea:

- . Promoción de la salud y defensa de la vida en condiciones que la hagan posible y digna.
- . Orientación solidaria con equidad y políticas sociales que prioricen los problemas sanitarios.
- . Identificación del "generalista" como posición legítima y atractiva de valioso agente de salud.
- . Reconocimiento social, académico y económico de la capacidad de atender y/o resolver las patologías más comunes, con la tecnología y recursos requeridos y disponibles.

II. ¿CUAL ES NUESTRO MARCO DE REFERENCIA EN LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS?

La República Dominicana comparte una isla del Caribe con Haití ocupando 48.442 Km² para 8 millones de habitantes aproximadamente y de los cuales 6 de cada 10 están en condiciones de pobreza según las estadísticas oficiales.

Trece escuelas médicas responden a las demandas de formación de médicos. La más antigua y con mayor matrícula es la estatal.

Cinco escuelas están agrupadas en la Asociación Dominicana de facultades y escuelas de medicina (ADOFEM), afiliadas a ALAFEM y a FEPAFEM en el plano internacional.

En nuestro medio varios estudios⁵ coinciden en indicar los siguientes factores como problemas en el campo de los recursos humanos y en consecuencia de la educación médica:

⁵PASCAP/OPS: "Características de la situación de los recursos humanos en salud". Caso República Dominicana. Publicación No. 32 S.José, Costa Rica, 1993

a. Carencia de incentivos que eleve la motivación de los recursos humanos en salud.

b. Inadecuada relación entre los servicios de salud, las instituciones formadoras y las necesidades de salud de la población.

Las deficiencias con las que se están formando los nuevos profesionales y técnicos de salud es motivo de un profundo cuestionamiento por parte de quienes trabajan en los servicios. Por años se han arrastrado comportamientos distorsionados, con elementos de conformismo y corrupción que paraliza el diálogo entre las instituciones académicas, las asociaciones gremiales, las instituciones de servicios y las autoridades del gobierno.

Así, mientras las instituciones de servicio público hacen un esfuerzo por extender sus servicios al medio rural y la periferia urbana, las instituciones formadoras, conjuntamente con las del servicio, no han definido claramente el perfil del profesional que debe atender estos servicios.

Durante las décadas de los 70 y los 80 se han fomentado "modelos" de integración docente-asistencial, fracasando la mayoría no sólo por la insuficiente coordinación de las instituciones involucradas, sino también por la ausencia de una clara definición IDA como estrategia transformadora⁶.

En un reciente trabajo⁷ acerca del proyecto IDAI fueron idénticas en cinco universidades nacionales las siguientes características de los diferentes procesos desarrollados por esas universidades y el servicio:

1. Integración es un término todavía en discusión y los propios docentes e instituciones no tienen muy claro lo que realmente es la IDAI. Tampoco lo entienden los funcionarios de las instituciones públicas con las que se tienen los acuerdos.

2. En todas las instituciones hay contradicción en las actividades definidas como IDAI, sobre todo en las extramurales, periféricas o de comunidad, por razones relacionadas con la crisis económica y/o universitaria.

3. La IDAI se concibe básicamente como programa y opera sin integración real entre la docencia, la asistencia y la investigación.

4. Las actividades que se desarrollan se ubican básicamente en aspectos de la formación en servicio de segundo y tercer nivel de atención.

5. Las actividades de IDAI que pudiera identificarse como exitosas son las relativas a aspectos especializados como la clínica odontológica, los bancos de sangre o el apoyo en la formación de laboratoristas para el sector público.

c. Inadecuada capacidad gerencial en las instituciones públicas del sistema de salud y excesiva centralización de las decisiones y recursos disponibles.

⁶ Quezada, T y otros: "Del programa a la estrategia: proyecto de desarrollo de la integración docente-asistencial investigación". PASCAP/OPS, Sto. Dgo., RD 1991

⁷ Quezada, T y otros: Informe "Encuentro de Universidades sobre la Integración Docente-Asistencial Investigación". PASCAP/OPS/OMS. 1991. Sto. Dgo. RD

- d. Desconocimiento sobre la dinámica de la fuerza de trabajo en salud.
- e. Escasa incorporación de contenidos educativos sobre salud pública en los planos de estudio.

En los programas educativos del área de la salud ha predominado la idea de "*capacitación como entrenamiento*", es decir, la transmisión de contenidos, sin prestar atención al proceso de aprendizaje, a la aplicación de los nuevos conocimientos a las funciones del personal y a las características de los servicios.

Las decisiones sobre el tipo de capacitación, los contenidos y las metodologías educativas, hasta el momento son tomadas por los grupos directivos profesionales del nivel central para mejorar sus propias posibilidades de desempeño técnico y las de sus grupos de trabajo. En este sentido, han proliferado cursos, cursillos talleres y jornadas educativas realizadas de manera aislada e independiente por cada una de las unidades técnicas de la Secretaría de Salud.

Otras críticas identificadas sobre los procesos educativos actuales se refieren a la transmisión de conocimientos de manera fragmentada y al uso de metodologías educativas tradicionales, dispersión, falta de continuidad y escasa cobertura de los programas, falta de direccionalidad con relación a las políticas de salud, dependencia en la utilización de especialistas y docentes extranjeros, así como del financiamiento externo.

La autora señala como problemas específicos⁸:

1. Planes de estudios con postulados filosóficos de enseñanza-aprendizaje de tipo tradicional, en los que ha estado ausente el abordaje de los problemas de vida y muerte de la población y de la situación de los servicios.
2. Predominio de enfoques epidemiológicos tradicionales.
3. Escasa práctica de investigación.
4. Ausencia de una clara delimitación de los problemas de salud-enfermedad y sus determinantes en el actual contexto nacional.
5. Ausencia de programación educativa conjunta por parte de la colectividad docente.
6. Dificultad de capacitación y actualización permanente del personal docente.
7. Carencia de material bibliográfico actualizado y limitado uso de los recursos existentes en los centros de documentación.

Guerrero⁹ estudiando el comportamiento del flujo universitario en la producción de personal de salud afirma que en esta década en la República Dominicana se observa:

- a. disminución del gasto público destinado a los sectores sociales.

⁸Guerrero, F., Robles, D.: "**Programa de Educación Permanente para Docentes de Salud Pública**"

⁹Guerrero, Fátima: "**Fuerza de Trabajo en Salud: Población estudiantil en las instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud en RD**" Publicación PASCAP/OPS/OMS. R.D., 1992.

b. cierta desvalorización de las carreras de ciencias de la salud.

c. crecimiento en el sector informal en salud.

d. aumento del desempleo y sub-empleo en el sector salud; con fortalecimiento notable en el sector privado.

Específicamente en el plano de la formación de los médicos encontró:

a. disminución progresiva de postulantes a la carrera médica.

b. mayor ingreso del sexo femenino, respecto a las décadas anteriores (1980), y

c. aumento de las ofertas de postgrado, sobre todo maestría y de carreras de nivel técnico no tradicionales.

Durante el año 1989, la totalidad de los postgrados en ciencias de la salud del país pertenecientes a tres universidades miembros de ADOFEM (UNPHU, UCAMAIMA, UASD), fueron evaluados¹⁰, obedeciendo a una preocupación por la proliferación del cuarto nivel de forma improvisada y sin definiciones conceptuales y metodológicas.

Estudiar la situación de la educación médica postgraduada nos llevó a entender que sus problemáticas eran tan graves como ocurría en el pregrado y a su vez, íntimamente relacionadas.

En nuestro medio el postgrado nace en el seno de los hospitales, no en las universidades, y obedeciendo a factores históricos múltiples, como son:

a. Necesidad del mercado y de la medicina oficial de dotar a los hospitales de mano de obra de bajo costo, en vías de especialización que legitimara a docentes nacionales especializados en Europa y Norteamérica

b. La presión en dar empleo (trabajo remunerado), a un exceso relativo de médicos egresados de trece escuelas médicas, en programas con escaso desarrollo teórico y educativo.

c. En una de sus conclusiones este estudio señala que "el sistema de postgrado en salud en la República Dominicana presenta una *dualidad*, enfrentando por un lado las deficiencias del pregrado (el graduado generalmente ingresa a la residencia con un nivel de formación, pero tiene dificultades para la conceptualización y solución de problemas concretos), y por otro lado aísla a ese joven médico generalista cargado de *información*, con 6 o 7 años de estudios universitarios previos, de experiencias totalizadoras en el ejercicio de su profesión, ya que *prioriza* su formación en tratamientos específicos, y

d. Si la educación médica tiene fallas, el postgrado lleva al educando a *experiencias concretas* de forma *dicotomizada* con tendencia a enfocar al paciente desde el punto de vista exclusivo del especialista, perdiendo el reconocimiento integral del hombre en sociedad.

¹⁰ODEPLAN/UASD: "Evaluación de las residencias médicas" Informe PCS. Mimeo.

Por otra parte, algunas experiencias^{11 12)} han servido para avanzar y reflexionar sobre la calidad de la educación médica en la Facultad de Ciencias de la Salud de la UASD.

Citemos como ejemplo que en el período 90-94 se producen transformaciones relacionadas con las siguientes acciones, en el marco de una decisiva voluntad política de los organismos de dirección universitaria, que con la colaboración de la OPS/PASCAP decide y aplica progresivamente las siguientes medidas:

a. Declara y ejecuta la necesidad de un cambio de forma y contenido de *todos* los planes y programas de estudio de la *totalidad* de la universidad, asignando los recursos económicos adecuados que permitieron ese cambio. Los expertos procedentes de las Ciencias Sociales, del campo de la educación y de la planificación jugaron un papel excelente y por primera vez *se integró* al egresado y el campo de ejercicio profesional para poder proponer el perfil del nuevo egresado.

b. Desde 1992 el "núcleo estratégico para el desarrollo de la enseñanza de la salud pública" viene impactando el ámbito académico e investigativo de la vida de la facultad con cuestionamientos y recomendaciones que permitan abandonar los viejos y rígidos moldes de enseñanza.

Se trata de una experiencia renovadora, donde un grupo de educadores médicos se convirtió en conciencia crítica de su propia facultad y trascendió los marcos reducidos de la discusión teórica y se convirtieron por sus aportes, en una guía y una referencia que mejorando y fortaleciendo los contenidos de la medicina social en toda la carrera, lograron animar y motorizar el rediseño global de las nuevas propuestas de cambio.

III. ¿POR QUE CALIDAD?

En un hecho sin precedentes en la historia de la Educación Médica en América Latina, la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL); la Federación Mundial de Educación Médica (WFME); la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS); la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM); y la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) han programado celebrar el "*Encuentro Continental de Educación Médica*", bajo el lema "*Educación, Práctica y Necesidades Sociales, Una Nueva Visión de Calidad*" convocará a centenares de educadores en Punta del Este, Uruguay, del 10 al 14 de octubre de 1994.

Con los auspicios de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, tres grandes temas serán tratados:

- I. Educación y Práctica frente a los Movimientos de Reorientación Sectorial.

¹¹Mella, Corporan, Batista y Robles: "Análisis prospectivo de la educación médica en la UASD". Presentado en Managua, Nicaragua, 1989, Mimeo 80 pag.

¹²Borrell, R. y Del Riego, A.: "Avances en el fortalecimiento de la enseñanza de la salud pública en la República Dominicana: La convergencia de un proyecto colectivo." Rev. Educación médica y salud. Vol. 26, No. 1 E/M 1992 (143-150).

¹³UASD/ODEPLAM: "Rediseño Curricular". Informes 1990-1993.

II. Gestión de Calidad y Educación Médica.

III. Evaluación Institucional: Programa Corporativo.

La Facultades y Escuelas de Medicina del país, agrupadas en la Asociación Dominicana de Facultades y Escuelas de Medicina (ADOFEM), valorando la trascendencia de este evento continental, decidió convocar a un grupo amplio de educadores médicos de cinco universidades para reflexionar y producir insumos para evaluar la educación médica superior del país y trazar algunos criterios que contribuyan a desarrollar un trabajo colectivo de fortalecimiento de la calidad de la educación médica. Esta reflexión servirá de base para la formulación del documento sobre calidad que presentará ADOFEM en el Uruguay.

Las facultades y escuelas (departamentos) que forman médicos son:

- . Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD)
- . Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)
- . Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC)
- . Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (PUCMM)
- . Universidad Central del Este (UCE)

Se propusieron los siguientes objetivos para esta reunión:

1. Reunir un grupo representativo de líderes de la Educación Médica Nacional a reflexionar sobre la calidad integral de la Educación Médica a la luz del nuevo marco histórico social.
2. Producir un documento base que refleje el consenso y la preocupación de la República Dominicana ante la reunión continental de Punta del Este, Uruguay.
3. Promover la integración e intercambios de necesidades, metas y estrategias al interior de los estamentos de la Educación Superior Médica del país.

La metodología integrada en el taller consistió en el diseño de un cuestionario introductorio de recopilación de información individual que permitiera conocer la opinión de cada educador médico. Seguido de esta aplicación, la doctora María Isabel Rodríguez ofreció una conferencia sobre calidad de la educación médica.

El paso último utilizado fue la discusión grupal sobre factores que afectan la calidad de la educación médica en el país y cómo conducir un proceso de mejoría de la misma.

Los educadores médicos de la República Dominicana estamos preocupados con el problema de la *calidad*.

Algunos autores ¹⁴, han reflexionado junto a ADOFEM sobre este complejo concepto.

¿De qué Calidad estamos hablando?

¹⁴Mella, César: "La Calidad en los procesos de formación del personal". PASCAP/OPS/OMS. San José, Costa Rica, julio 1994.

El término *calidad* (quality) posee más de una docena de significados¹⁵. Para Juran (1990)¹⁶ calidad es *adecuación al uso*.

Pero, ¿qué significa calidad cuando se habla de formación de personal para atender a la salud de la población?

¿Es la escuela de medicina en términos gerenciales y empresariales, una *unidad de producción de servicios educacionales*?

¿Es la *calidad* la adecuación fiel y acrítica de la escuela, a las necesidades de elevación del nivel de salud de la población?

¿Es que se trata de evaluar la calidad por índice académico de sus postulantes o por el porcentaje de aprobación de los exámenes nacionales y extranjeros de sus egresados, que aspiran a proseguir estudios o a obtener plazas mejor remuneradas?

¿Es la calidad, poseer determinado porcentaje, en la evaluación que un sistema externo de *acreditación* determine en una institución de educación?

Bien, *calidad*, es en parte eso y mucho más.

Atrapados en el paradigma flexneriano, que no hemos podido superar, todos hemos vivido en estos años la *frustración* que emana de un producto *deficiente*.

Refiriéndose a la *calidad* José Silvio¹⁷, plantea, que es la *adecuación* de un objetivo (material o inmaterial) a una norma o modelo ideal, que permite evaluarlo y determinar el grado de adecuación de las características de ese objeto a esa norma. La evaluación resultante nos permite decidir sobre su mala o buena calidad.

Cuando decimos que un egresado universitario es de buena calidad, estamos comparando varias de sus características (conocimientos, capacidad para resolver problemas, desempeño profesional, etc.) con el modelo normativo representativo de un egresado de un sistema determinado y situado dentro de un contexto de desempeño concreto, que nos permite clasificarlo como bueno, regular o malo. Los criterios evaluativos variarán de una disciplina a otra y de uno a otro contexto, posiblemente, pero la aplicación genérica del concepto de *calidad* y el acto evaluativo mediante el cual se construye nuestro juicio sobre la calidad se mantiene invariable.

Dada la heterogeneidad del sector educación médica en los países la noción de calidad nos puede estar llevando a promover cierta excelencia de la atención secundaria hospitalaria, con un discurso que pretende centrarse en aspectos de excelencia en la función de médicos.

¹⁵"Diccionario de la lengua española".XX Edición Academia Española de la Lengua. Editorial Espasa Calpe, Madrid, España, 1992.

¹⁶Juran, J.M.: "Juran y el liderazgo para la calidad: Un Manual para Directivos".Díaz Santos Editores, Madrid, España, 1990.

¹⁷Silvio, José F.: "Dimensión Tecnológica de la calidad en la Educación Superior". Primer capítulo del libro: "Calidad, Tecnología y Globalización en la Educación Latinoamericana". Unesco, mayo 1992.

Con María Isabel Rodríguez (Op. cit.), creemos que esto obliga a pensar en que se debe profundizar en el significado de "calidad" en este contexto de compromiso y respuesta a las necesidades de salud de la población. En este sentido deberíamos entender calidad no sólo por las características científico-técnicas de los problemas abordados, sino en función de su pertinencia y relevancia frente a los problemas de salud fundamentales y frente a la problemática de equidad y justicia social.

Por las razones anteriores creemos que los problemas de acreditación de facultades y escuelas latinoamericanas, requiere la definición de parámetros propios surgidos de su propia realidad, además, de la validación de criterios de excelencia de nivel internacional. Ellos deben ser considerados en el contexto de la reflexión que se plantea sobre evaluación de la calidad de la educación médica.

IV. ¿QUE OPINAN LOS EDUCADORES MEDICOS?

Reunidos en el mes de julio de 1994, medio centenar de educadores médicos procedentes de las principales escuelas médicas del país, entre los que se encontraban decanos, directores de escuelas médicas, coordinadores de enseñanza y profesores con relevancia en el proceso de planeación educativa, respondieron una guía estructurada de entrevista escrita que contenía las siguientes preguntas:

1. ¿Vislumbra un cambio trascendente en las características del mercado de trabajo médico en República Dominicana para el cual la educación médica debería hacer una contribución sustancial?

TIPO DE RESPUESTA	%
El mercado de trabajo podría modificarse en función de los cambios económico-sociales producidos por los gobiernos (Estado)	26
La educación médica debe recuperar su autonomía relativa y promover cambios que influyan sobre los sistemas de atención o prestadores de servicios.	20
La privatización creciente en los modelos de atención está impactando negativamente la filosofía de equidad, calidad, aumento de cobertura y otros postulados y estrategias para mejorar la producción de Recursos Humanos.	14
En la República Dominicana se producirán cambios o reformas desde el Estado que afectarán la estructura de la fuerza y mercado laboral para médicos, a los cuales la educación médica deberá adaptarse de forma creativa y valiente.	16
Las necesidades de salud de la población deben ser un ingrediente fundamental en la orientación de los planes de estudios como herramienta de la Educación Médica.	14
Otras respuestas	10
Total	100

2. ¿Cuál es la transformación o cambio más importante que usted esperaría de la educación médica dominicana a finales del siglo?

TIPO DE RESPUESTA	%
Obtener mayor vinculación entre la teoría y la práctica, enfatizando en la atención primaria a partir de la realidad socio-epidemiológica que le rodea y fomentar un espíritu ético y humanístico.	20
Replanteo inmediato de las ofertas curriculares, procurando una coordinación entre las escuelas médicas existentes. Se hace necesario fomentar el trabajo interdisciplinario, permeando la participación de la comunidad como agente expositor de los problemas económicos, sociales y culturales que la afectan.	20
Producir un movimiento que mejore las condiciones laborales; la tecnología educativa, la seguridad social y las condiciones salariales del docente, revinculándolo con exclusividad a las instituciones educativas.	18
Vincular de forma más estrecha la educación médica y los servicios de salud.	20
Aumentar el liderazgo de docentes y estudiantes y fomentar que la institución educativa participe más activamente en promover el ideal de la cobertura adecuada; mejor calidad y equidad en los servicios de salud de la población.	20
Otras respuestas	2
Total	100

3. ¿Cuáles criterios básicos de calidad de la educación médica Ud. propondría?

TIPO DE RESPUESTA	%
Supervisión permanente de docentes y alumnos en función del cumplimiento de los programas académicos.	20
Evaluar y medir el impacto que sobre la salud de la población tienen las acciones teórico-prácticas de docentes; alumnos e investigadores en el pregrado, el post-grado y durante el ejercicio profesional	26
Tres acciones pueden influir en la calidad de la educación médica: a) mejor apoyo bibliográfico e informativo, b) mejorar la calidad de los Centros Hospitalarios y c) más rigor en la selección de docentes y alumnos para el proceso educativo.	10
Mejorar la tecnología en las escuelas médicas, restringir la proliferación exagerada de las mismas, sobre todo en el sector privado y reestructurar los planes de estudio con una visión de país.	20
En la evaluación continua e integral de docentes y alumnos con participación en la comunidad; se plantea la necesidad de reconceptualizar el tema: Excelencia académica y acreditación para qué y para quién?	12
Vincular el esfuerzo de aumento de calidad a la realidad socio-política del país con un criterio ético y tomando en cuenta la interprofesionalidad. Se reflexiona sobre la necesidad de tomar en cuenta que gran parte de la causalidad del fenómeno salud-enfermedad procede de sectores extra sanitarios.	12
Total	100

Estas referencias cualitativas pueden tener como sesgo el hecho de que estudiantes y la comunidad, no estuvieran representados, así como el sector de los servicios, en su complejidad creciente, no obstante, los cuadros anteriores traducen el sentir de un importante sector del liderazgo nacional en educación médica.

¿Qué se puede interpretar de las respuestas de los Educadores?

Aunque se desean cambios socio-económicos que influyan sobre el mercado de trabajo médico, se plantea la noción de que la educación médica debe influir sobre las características de los servicios de salud.

Se plantea la necesidad de una coordinación entre las escuelas médicas existentes, reclamando un aumento del *liderazgo* de los docentes, pero estimulados por mejores condiciones laborales y de seguridad social en el desempeño de sus labores.

Cuando los educadores se refirieron a la calidad, se planteó que la medida del impacto de los procesos de educación médica sobre las condiciones de salud de la población debe estar relaciona-

da con la noción de calidad. Los demás criterios defendidos pertenecen al campo de la administración tradicional:

- a. Adecuada selección del postulante.
- b. Supervisión permanente en el cumplimiento de programas académicos.
- c. Elevar la calidad de los escenarios del proceso enseñanza- aprendizaje. Ej. los hospitales, los laboratorios, etc.

Pero lo más relevante fue la pregunta:

¿Excelencia académica y acreditación de escuelas médicas para qué y para quién?

V. ¿ES VIABLE UN MANDATO DE CALIDAD?

Los educadores médicos dominicanos reunidos hemos ofrecido dos repuestas al tema de la *calidad*.

1. En relación a los factores que han afectado la calidad de la educación médica de la República Dominicana:

Se reconocen la influencia y acciones condicionantes que sobre la práctica médica y los perfiles de salud de la población han tenido y tienen la presente crisis económica y social de los países de la región en general y el país en particular.

Las políticas y programas de ajuste frente a la crisis, la reducción en las inversiones y gastos del Estado en los sectores de desarrollo social, la creciente inequidad en la oferta de los programas y servicios correspondientes a estos sectores, especialmente en educación y salud, con el consecuente negativo en los diferentes grupos de la sociedad dominicana, con marcada tendencia hacia los más postergados, constituyen algunos de los componentes fundamentales del contexto para la discusión.

Con base en estos planteamientos, los grupos también reconocieron la relación existente entre la práctica médica vigente y su condicionamiento a la educación médica, relación que intentaron caracterizar a fin de dar cumplimiento a la guía señalada.

Los grupos señalaron que en la calidad existe una tendencia muy marcada hacia la privatización de los servicios, con énfasis en la especialización y una atención fragmentada y por tanto una elevación de los costos de los mismos.

Identificaron además como un factor negativo el incremento y predominio de una relación deshumanizada y mecánica entre el profesional y su paciente con los consiguientes conflictos éticos.

Otro de los factores identificados es la fragilidad de las políticas de salud, con una ausencia consecuente de planes y programas que se correspondan realmente con las necesidades de salud existentes. Esto a su vez condiciona la existencia de acciones unisectoriales e individuales por parte de las instituciones de salud.

Con base en este tipo de práctica, acordaron que no exista correspondencia adecuada entre las necesidades de salud de la población en un contexto económico y social como el dominicano y los programas de educación médica vigentes.

Que la ausencia o limitación de incentivos para el personal docente está ocasionando una falta de pertenencia a las instituciones educativas lo que se refleja a su vez en un alejamiento del compromiso que dichas instituciones manifiestan en sus respectivos estatutos o documentos básicos.

2. En relación a la conducción de un proceso de mejoría de la calidad de la educación médica que involucre a la mayor cantidad de escuelas, los grupos concluyeron que:

Es fundamental un abordaje diferente por parte de las universidades, en la planificación y ejecución de estrategias educativas para poder enfrentar la demanda existente de cambios en los servicios de salud que plantea la población.

En este abordaje deben reestructurarse los programas formativos a fin de incorporar como criterios fundamentales en el perfil del profesional a formar la integralidad, la criticidad y la creatividad.

Plantearon los grupos la necesidad de contar con un médico generalista, con alto grado de humanismo y sólida formación ética, capaz de manejar adecuadamente los métodos clínico y epidemiológico.

Las recomendaciones del taller fueron:

La conformación de un núcleo de trabajo (coordinado por ADOFEM), de carácter interinstitucional y permanente conformado por representantes de las instituciones formadoras, de servicios y gremiales que:

- Promueva y coopere en la definición de un marco de referencia conceptual, político y técnico para el perfil del profesional delineado.

- Apoye a las instituciones en la determinación de las necesidades fundamentales para la generación de los programas correspondientes de ese perfil.

- Fomente los foros de consulta necesarios que conduzcan a la elaboración y adopción de un plan nacional de salud que a su vez promueva la conformación de espacios para el desarrollo de una práctica médica innovadora que consolide los programas formativos establecidos, con base en la estrategia de atención primaria.

- Definir criterios e indicadores de calidad del médico que se está formando

- Definir metodología de evaluación permanente de la calidad educativa y del producto formado que sirvan de base al establecimiento de un sistema de acreditación y escuelas de medicina y que respondan a la realidad de salud del país.

• Generar grupos de reflexión y análisis de la problemática de calidad y acreditación en las diferentes escuelas y facultades, en el contexto de los esfuerzos que se están realizando en toda la región.

Con criterios de calidad aceptados, es necesario *evaluar* de forma integral, total y permanente las escuelas existentes, iniciando con las escuelas afiliadas a ADOFEM, utilizando criterios validados regionalmente (*).

Los insumos teóricos aportados por el "*análisis prospectivo y por el documento de gestión de calidad en la educación médica*"¹⁸ son herramientas fundamentales para el trabajo local en procura de cumplir el mandato más que académico, *moral* de gestionar la calidad.

(*) En la República Dominicana existe por ley el Consejo Nacional de Educación Superior (CONES), organismo oficial que autoriza la apertura de nuevas escuelas médicas y que está supuesto a vigilar la calidad de las mismas, exigiendo índices de cumplimiento en el desempeño que permitan su acreditación, reconocimiento y operatividad. Existen reservas importantes en amplios sectores de la vida universitaria sobre la eficiencia de este mecanismo.

¹⁸OPS/OMS: "Gestión de calidad en educación médica". Documento PAHO/HDR/93.2. Marzo 1994.

FUENTES CONSULTADAS

- Andrade, J.: **"Marco conceptual de la educación médica en América Latina"**. Pub. OPS/OMS. No. 28, Washington, 1979.
- Mella, C.: **"Algunas reflexiones en forma a la necesidad de evaluar las opiniones y actitudes que frente al cambio curricular se generan en profesores y estudiantes del Dpto. de Medicina"**. UASD Rev. Ciencias de la Salud. No.3, Año I, 1984.
- Purcellas, D.: **"Transformación estratégica en recursos humanos en Salud"**. Publicación PAS-CAP/OPS/OMS, San José, Costa Rica, 1992.
- Borrell, B., Rosa, M.: **"Características de la Situación de los Recursos Humanos en Salud"**. San José, Costa Rica, marzo 1993.
- Plasencia, R., Rodríguez, N., Mateo, C., Figuerero, M., Gómez, O. y cols.: **"Calidad Total: Lecturas Seleccionadas"**. Materiales de Apoyo del postgrado en calidad del Dpto. de Ingeniería Química de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, UASD, Santo Domingo, República Dominicana, Diciembre 1993, Mimeo 200 pag.
- Mella, C.: **"Universidad y Salud"**. Ponencia presentada ante el "V Congreso Latinoamericano de Medicina Social"; que con los auspicios de ALAMES se celebró en Caracas, Venezuela, en marzo de 1991. Aparece como capítulo IX del libro "Salud y Sociedad" del mismo autor.
- Mella, C., Robles, D.: **"Aproximación al enfoque histórico de la Educación Médica en América Latina"**. Publicación ALAFEM-UDUAL. Quito, Ecuador, 1988.
- Borrell, B., Rosa, M.: **"Desarrollo de los Recursos Humanos en América Latina 1959-1985"**. - Santo Domingo, República Dominicana, Noviembre 1983.
- Mella, C.: **"La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población para la década de los 90"**. Ponencia presentada ante el Grupo de Trabajo: "La Odontología para la década de los 90", auspiciado por UDUAL/OPS/OMS/OFEDO/FOLA/PROLADDEO/UASD. República Dominicana.
- García, J.C.: **"Análisis de la Educación Médica en América Latina"**. Publicación No. 255 OPS/OMS. Washington, DC., 1972.

EL CASO DE MÉXICO

Ramiro Jesús Sandoval.¹

Antes de hacer esta presentación quiero agradecer a los organizadores de este Encuentro, la oportunidad de dar a conocer y compartir con nuestros hermanos del continente el conocimiento y la experiencia que México ha realizado en el terreno de la calidad de la educación médica, y a los uruguayos, especialmente, su hospitalidad y su bello trato.

Las experiencias de México para la elaboración de su programa de calidad en la educación médica se estructuró y fundamentó en cuatro puntos:

- 1.- La necesidad de crear una instancia de acreditación y desarrollo académico de carácter no gubernamental.
- 2.- Partir del respeto a la autonomía y a los estilos particulares de cada escuela en la identificación, definición, atención y resolución de sus problemas académicos.
- 3.- La posibilidad de desarrollar académicamente las escuelas con mayor número y diversidad de problemas.
- 4.- Enfrentar la incertidumbre que acompaña todo cambio. Sobre todo, acometer una labor agobiante que culminó su primera fase después de cuarenta reuniones y casi quinientas horas de trabajo. Ese es el trabajo que yo voy a presentarles y que ha hecho México.

El programa de calidad en la educación médica en México es un programa que se abre con dos vertientes. Una línea de trabajo es desarrollar la calidad en las escuelas de medicina mexicanas y el otro el crear un sistema de acreditación que por situaciones políticas, económicas y sociales en nuestro país era necesario ante el Tratado de Libre Comercio.

Voy a dar algunos datos que quiero manejar como un marco general de lo que sucede en nuestro país en cuanto a las escuelas de medicina, los médicos y el ejercicio profesional como base para lo que nosotros hicimos en este proceso.

Si se analiza la distribución porcentual de médicos por regiones de la República Mexicana según una estadística de 1991 -no tenemos una más nueva-, se apreciará que el centro de la República Mexicana es el que tiene mayor número de médicos; la zona norte es la que tiene el segundo lugar y la que tiene el menor número de médicos es la zona sur, casualmente donde están ubicadas las zonas de extrema pobreza.

Hasta hoy tenemos 61 escuelas de medicina; digo hasta hoy porque en nuestro país hay un boom de apertura de escuelas de medicina privadas. Pues bien, si analizamos la distribución porcentual de las escuelas de medicina en las regiones de la República Mexicana -este dato es reciente-, en

¹ Especialista en educación superior; cirujano de formación; Jefe de la carrera de cirugía de la Universidad Nacional Autónoma de México; Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades de Medicina; Representante por Sudamérica ante FEPAFEM; miembro del Comité Internacional del Ejercicio de la profesión médica ante NAFTA

el centro, nuevamente, está el 39%; en el norte, el 36% y en el sur, el menor número de escuelas de medicina, nuevamente: un 25%.

El esquema general de formación de los médicos en México no dista mucho de otros países del continente. La primera parte consiste en la formación en ciencias básicas, la segunda parte de formación en ciencias clínicas.

En cuanto a la pérdida general respecto a la inscripción inicial de estudiantes de medicina, nuestro índice de eficiencia terminal es del 60%. El 40% de los aspirantes a médicos se quedan por el camino. Esto habla de una gran problemática en la selección de los estudiantes; en el proceso de motivación profesional que es sumamente necesario, y que nosotros hemos dejado solamente en el nivel técnico de lo que refiere a la orientación vocacional.

De este 60% que llega a médico, sólo una tercera parte puede llegar a hacer postgrados clínicos. Dos terceras partes de esta población no podrá llegar a hacer postgrados clínicos, quedará como médico generalista. El problema es que no existe infraestructura para poder captar a estos médicos generalistas.

Hay tres derivaciones generales -hay otras más, entre ellas el subempleo y el desempleo- del ejercicio médico en nuestro país.

Uno es aquel que ejerce la actividad profesional en el sistema asistencial; la mayor cobertura de servicios médicos que hay en el país es de corte asistencial. Otro es el ejercicio profesional privado, que también es el más lucrativo; es el más costoso y no es el mayor.

El ejercicio que más hacen los médicos en mi país es el profesional y el asistencial y privado. Mezclan estos dos tipos de asistencia.

En los tres elementos se cruza la condición de educador médico: muchos de los médicos que trabajan en una de estas áreas también comparten este tiempo de su ejercicio profesional con la educación.

¿En qué consiste para nosotros un proyecto de calidad en la educación médica? Es muy simple: es un conjunto de normas académicas, técnicas y administrativas propuestas y elaboradas por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Esto es, precisamente, lo que le da su carácter de no gubernamental.

¿Cuáles son los objetivos de este programa? Regular, orientar y conducir la educación médica mexicana desde la calidad hasta la excelencia.

Esto nos habla de que para nosotros, la calidad no está representada en este programa como un techo, sino como un piso. Partimos de la calidad; partimos de llevar a todas las escuelas a un mínimo de calidad y de ahí desarrollarlas hacia arriba.

Se procura, por un lado, apoyar a las escuelas y facultades de medicina en el alcance de sus metas y excelencia educativa. Es algo muy importante. Nosotros tenemos una gran heterogeneidad en las condiciones tanto académicas como de infraestructura en las escuelas de medicina del país. Por lo tanto hay muchas escuelas que van a requerir de apoyos substanciales en diferentes niveles.

Por otro lado, va a ser necesario lograr en diferentes plazos la acreditación de las escuelas y facultades afiliadas a AMFEM. Más adelante vamos a ver las determinantes contextuales que nos obligaron a entrar en este proceso y que lo hiciéramos, además, de manera anticipada; de otro

modo, los requerimientos del mismo Estado nos iban a realizar un proceso de acreditación sin que probablemente pudiera haber sido impuesto ni consensuado por las escuelas de medicina, que somos las que formamos este recurso.

Analícemos ahora los antecedentes.

Como hemos escuchado reiteradas veces -no voy a detenerme mucho en esto-, el modelo flexneriano de la acreditación de la educación médica fue uno de los primeros. Ya se daban algunas condiciones -hoy lo señalaba Carlos Martini por la mañana- de lo que sería la tendencia a la acreditación. Incluso empieza a hablarse de calidad y, sobre todo, aquí -punto en que no estamos de acuerdo que es el que planteaba respecto a cerrar escuelas de medicina- ni siquiera en este modelo se logró cuando se desarrolló; tal como lo decía Carlos, no se ha cerrado ninguna escuela de medicina en los EE.UU. por este proceso.

¿Qué pasa con la educación médica mexicana?

Por las exposiciones de todos los compañeros, parece ser que estos datos de la década de los setenta no solamente tocan a México, sino que a todo el continente.

Por un lado, tenemos un crecimiento explosivo del número de escuelas. En México, el 50% de las escuelas de medicina se abrió de la década de los setenta en adelante, y con una gran cantidad de matrícula en ellas. Tan solo en la que yo estoy, tengo un ingreso promedio de setecientos estudiantes por año escolar.

Por otro lado, hay un proceso de innovación curricular, que creo que fue el más benéfico que tuvo esta década de los setenta. La innovación curricular permitió romper con el modelo tradicional y crear nuevas alternativas en nuestro país, que incluso todavía en algunas escuelas son prevalentes. Me refiero a modelos curriculares modulares, que orientaban a la formación de los estudiantes no solamente en el terreno de la enfermedad sino en el terreno anticipatorio de la enfermedad.

El grave problema que hemos tenido con esta formación de estudiantes es que, como todos los demás países, no tenemos una infraestructura para captar a todos los egresados, y la mayoría de ellos, aunque estén capacitados para las acciones anticipatorias, obviamente buscan los postgrados clínicos, porque son los que tienen mayor reconocimiento social, mayor remuneración económica y un espacio de trabajo seguro, o más o menos seguro.

¿Cuál era el contexto nacional de 1983 a 1994? Nuestro país tiene una reorientación económica y política en el Estado. Hay una disminución de la intervención estatal en el ámbito económico y social; hay una venta importante de empresas que pertenecían al gobierno y paraestatales, un incremento en la competencia económica y social.

Esto es muy importante porque nos da una determinación y nos toca, fundamentalmente, a toda la población. Hay una demanda de productividad que tal vez en este momento esté de moda pero, sin embargo, es un hecho. También, la exigencia de calidad intra y extrainstitucional. Esto es una demanda permanente en el país.

Las determinantes del programa de calidad no podían estar afuera de lo que sería el contexto nacional. Toma en cuenta la liberación económica nacional, la concertación y activación del tratado trilateral de libre comercio y el desplazamiento del acento puesto en el crecimiento económico y social hacia la calidad de la productividad. Empieza a hablarse de productividad y

de calidad; se empiezan a someter en este tipo de sistemas. Nosotros no podemos estar al margen de una condición de este tipo.

Tal vez este no sea el proceso ideal en las condiciones económicas en las que se mueve una gran parte de nuestra población: la pobreza. Hay gente que en la ciudad exige calidad, en las zonas urbanas, pero tiene acceso a los servicios hospitalarios, pero en el área rural nuestra gente no va a pedir calidad; va a exigir tener un médico; es lo único que exigiría. Que, además, tenga una infraestructura mínima para poder ser atendido.

¿Cuál es el diseño metodológico de este programa? Hicimos un planteamiento del problema con todos los análisis de contexto. En una reunión plenaria con cuarenta y cinco escuelas afiliadas a la Asociación se hizo una selección de indicadores de calidad, a partir de la cual se elaboraron los indicadores contextualizados a México y con los referentes internacionales existentes. Se aprobaron a través de un ejercicio de consenso.

Aquí quiero llamar la atención: es muy difícil que entre los decanos de las escuelas se pongan de acuerdo respecto a cuáles van a ser estos elementos. Lleva años y años de discusión. Por esto es que empleamos una técnica Delfos en la que expertos y técnicos en análisis y en consensos vinieron a aplicarnos este procedimiento. Entonces, eran totalmente ajenos y los decanos hasta se sintieron sorprendidos; fue una experiencia muy interesante porque la que organizaba este ejercicio les decía: "Siéntese; ponga atención a lo que está haciendo". Entonces, la persona se preguntaba cómo a él como decano le iban a decir eso, ¿quién es esta señora?! Es la reacción que hubo en este proceso. Sin embargo, cuando el decano vio el interés del análisis de este documento y de contestar todos estos elementos, se dio a la tarea de hacerlo, con buenos resultados. Los resultados de este consenso que se hizo a través de Delfos, según los expertos que lo aplicaron son muy alto: un 68%.

A partir de los indicadores consensuados hubo una elaboración de estándares de calidad y de instrumentos de medición para cada estándar. Los indicadores dieron como resultado estándares. En esta elaboración de estándares también hubo un ejercicio de consenso que alcanzó un grado muy alto. Se convierten indicadores en estándares. Ya una vez elaborados los estándares se tiene que hacer un instrumento de medición para cada uno de los estándares, y luego los procedimientos que reglamenten todo lo que es la acreditación y una comparación y compatibilización con los sistemas de acreditación de otros países.

Esto era muy importante ya que podríamos hacer cuentas muy alegres y decir que teníamos un modelo muy bueno, ¿pero comparado con el de quién?

El proceso de elaboración de indicadores en este sentido consistió, entonces, en una delimitación del contexto, la acreditación y definición de conceptos básicos, las consultas plenarias con las escuelas y facultades de medicina, un listado final de áreas incluidas en la evaluación de calidad - listado que era fundamentado en los indicadores-, y una aprobación de conceptos básicos para la construcción de indicadores nacionales e internacionales. La aprobación y elaboración de conceptos, también es un proceso bastante lento, porque todo el mundo conceptúa de manera diferente los elementos de la educación médica. Esto nos costó mucho trabajo y nos llevó mucho tiempo.

¿Cuáles son los indicadores que tenemos? Hay un grupo de indicadores y estándares sobre bases generales y objetivos educativos que tienen que ser definidos perfectamente por las escuelas.

Deben definir cuáles son sus cuerpos de gobierno y orientación institucional, sus planes de estudio y estructura académica.

Me quiero detener en esto. Los indicadores sobre planes de estudio y estructura académica alcanzan un logro importante. Primero, consiguen que los planes de estudios sean evaluados de manera permanente. Aquí se establece la exigencia de hacer un sistema de evaluación curricular en tiempos perentorios. Pero, además, se logra que los elementos curriculares sean analizados en conjunto por los profesores, no de manera individual ni por los directivos o por un cuerpo de profesores exclusivamente, sino que se participe también a estudiantes y a los cuerpos de apoyo, para que conozcan realmente la misión de la institución.

Hay una evaluación del proceso educativo. Llamamos la atención porque no es una evaluación de los estudiantes; es una evaluación del proceso educativo como tal y esto lleva una gran cantidad de estándares incluidos en este punto.

Primero, en cuanto a los alumnos, es muy importante estudiar los mecanismos de ingreso de los estudiantes y sobre todo, estudiar y analizar cuál es la participación de ellos en el proceso educativo, que es una parte importantísima desde nuestro punto de vista.

Segundo, respecto a los profesores, es igualmente importante en la selección de los Profesores, en la formación docente, en la educación continua docente y también la educación continua profesional.

Tercero, la coherencia institucional. Hemos visto en muchas ocasiones que la coherencia institucional no se da porque los programas y los planteamientos curriculares son totalmente discordantes con las mismas instituciones universitarias.

Cuarto, los recursos. Huelga hablar de ellos.

Quinto, los campos clínicos. Aquí también me quiero detener un poco porque en los campos clínicos logramos algo muy importante: logramos elevar al rango de campo clínico el trabajo que el estudiante y el docente hace en el campo, en la comunidad. Estas actividades son fundamentales para nosotros, porque en muchos planes de estudio están consideradas como actividades de segunda categoría, y esto para nosotros no es así. Es frecuente que el estudiante mismo dé prevalencia al trabajo en el hospital que en el campo. Entonces, ahora va a tener el mismo valor trabajar en el campo, en la comunidad, que en una institución hospitalaria que en la mayoría de los casos es de segundo nivel.

Obviamente no hablé de la administración pero es absolutamente necesario que exista una congruencia del planteamiento curricular con la administración que se estructura para eso. A veces tenemos un plan de estudios modular y tenemos una administración lineal, lo que es absolutamente imposible de operar y solamente detiene el proceso.

Me voy a referir a las categorías asignadas a los indicadores de calidad en el orden prioritario. Tenemos cuatro categorías -A, B, C y D-; las A, que son la mayoría, son las mínimas para ser incluidas dentro de AMFEM. Estos serían los mínimos criterios de calidad.

Los B, que serán alcanzados a un mediano plazo determinado. Se dirá a las escuelas que tienen tanto tiempo para resolver los problemas detectados, sobre la base de un análisis y un proyecto de desarrollo académico que se les va a brindar, en cuanto se tenga el diagnóstico.

Se va a calificar a las instituciones con un grado de excelencia; tenemos escuelas que tienen muy buenas condiciones, un primer nivel, y para nosotros es muy importante. Habrá otras que serán adoptadas a criterio de cada institución. Esto habla del respeto a la autonomía; del respeto a las condiciones de cada institución porque cada una se mueve en estados diferentes, que tienen reglas y una idiosincrasia diferente, a pesar de que sean del mismo país.

Una vez que elaboró los estándares de calidad se pasó por el rubro de indicadores, se elaboró una norma para cada indicador y un instrumento de medición objetivo para cada uno de ellos.

Cabe decir aquí que este no es un proceso de evaluación cuantitativo, sino cualitativo. Por eso la gente que se involucra como acreditadores en este proceso, en el futuro no van a tener que calificar, que poner un número de cuánto cumple o cuánto no un determinado estándar, sino que deberán tomar en consideración, fundamentalmente, cuáles son las condiciones de cada escuela y si la infraestructura y todos los elementos que tiene a su alrededor son los adecuados para llevar a cabo su plan de estudios, simplemente. Por ejemplo, no vamos a exigir un anfiteatro a una escuela que no tiene un sistema de anatomía de dos o tres semestres. No tiene necesidad de hacerlo, pero entonces nos tiene que demostrar cómo enseña las áreas morfológicas, y qué sistemas tiene como infraestructura, que deberán que ser congruentes. Eso sería un ejemplo.

El procedimiento de acreditación. Las escuelas harán una solicitud de acreditación por escrito; la pasarán directamente al Consejo Directivo, que la remitirá a la Comisión de Acreditación. Este proceso se inicia con un ejercicio de autoevaluación de la propia escuela; una vez que lo termina, solicita la visita de los acreditadores, no antes. Tampoco hay tiempo específico para esto. La escuela tendrá siempre la oportunidad de confrontar cuáles son sus debilidades, e incluso pedir apoyo antes de llevar a cabo la acreditación. ¿Por qué? Porque ella puede detectar muchos problemas dentro de este sistema.

Finalmente, habrá una corroboración de esta información en la visita de los acreditadores y, posteriormente, el dictamen de este proceso.

¿Cómo estará conformado este Comité de Acreditación? Lo estará por un presidente de AMFEM, dos miembros del Consejo Directivo, un secretario del Comité de Acreditación -es una de las funciones más difíciles de realizar, porque es el que tiene que recibir toda la información y hacer el expediente de cada escuela acreditada-, tres directores miembros electos por el Comité de Calidad -pueden ser también ex directores por la experiencia que pueden tener-, tres directores que representen la zona norte, centro y sur del país -como ya hemos mencionado que está dividido-, un representante de la Secretaría de Salud y un representante de la Secretaría de Educación Pública. Todo esto, apoyado por un grupo de acreditadores que tienen un perfil. Se hará una selección: cada escuela propondrá dos o tres personas para ser acreditadores de este sistema, se verá su currículum si cumplen con el perfil y quedarán en un "staff" de acreditadores que visitarán a las escuelas en su momento.

Finalmente esto se esquematiza como está: está la Asamblea de AMFEM, el Consejo Directivo, la Comisión Acreditadora, la Comisión de Directores, los representantes de los Ministerios de Salud y de Educación, una Coordinación ejecutiva y los profesores acreditadores que conforman el "pool".

Y con esto nosotros iniciamos el proceso y lo echamos a andar en enero de 1995. Voy a entregar un ejemplar de este documento al presidente de esta mesa, por si alguien quiere hacer alguna consulta sobre él. Es muy amplio; difícil de poder exponer en quince minutos.

Muchas gracias por su tiempo y atención.

**MOMENTO
DECLARATORIO**

RELATO FINAL

Introducción

Entre el 10 y el 14 de octubre de 1994, en Punta del Este, Uruguay, se llevó a cabo el Encuentro Continental de Educación Médica, organizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República - Uruguay, bajo el patrocinio de OPS-OMS. Este Encuentro fue al mismo tiempo la XVI Conferencia de la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM) y la Conferencia Extraordinaria de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM).

El evento, que al lograr la participación conjunta de ALAFEM y FEPAFEM constituyó el encuentro de todas las Escuelas de Medicina de América, contó asimismo con el auspicio de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), de la Federación Mundial para la Educación Médica (World Federation for Medical Education - WFME) y la Comisión Regional para la Enseñanza Superior en América Latina y el Caribe (CRESALC - UNESCO).

El Gobierno de la República Oriental del Uruguay, por su parte, declaró de Interés Nacional la realización del mismo.

El evento contó con la activa participación de aproximadamente 500 docentes, estudiantes, egresados e integrantes del gobierno de Facultades y Escuelas de Medicina de prácticamente todos los países de América, así como integrantes del área salud de varios gobiernos nacionales y representantes de las entidades patrocinadoras. En fin, una diversidad de actores sociales vinculados orgánica o funcionalmente con diferentes aspectos de la Educación Médica y sus objetivos, que refleja la importante expectativa que el Encuentro ha creado en cuanto a la definición del perfil de la Educación Médica de cara al inicio de un nuevo milenio.

Luego de la sesión inaugural, que incluyó la Conferencia de Apertura "Desarrollo social y equidad en el final del milenio" (Louis Emmerij - BID), las actividades estuvieron organizadas en tres momentos que correspondieron con los días de desarrollo del Encuentro.

Enfocando el tema general "**Educación y práctica médicas; su compromiso con las necesidades sociales. Una nueva visión de calidad**", los momentos fueron definidos como:

- 1.- político conceptual,
- 2.- metodológico,
- 3.- aplicativo,

Cada momento implicó exposiciones bajo forma de paneles en sesiones plenarias durante las mañanas y el trabajo en grupos de discusión en el horario vespertino. Los participantes se distribuyeron en 20 grupos de discusión, para cada uno de los cuales se designó un relator extranjero y uno nacional.

Al final de cada jornada, las exposiciones de los paneles, así como todos los relatos de los grupos, fueron integrados y resumidos para conformar el relato final. Los relatos completos de cada grupo integran los anexos de este informe.

MOMENTO POLITICO CONCEPTUAL

Educación, práctica médica y necesidades sociales - Una nueva visión de calidad

La primer sesión plenaria fue presidida por el **Dr. Juan Diego Cobelo** (Pre-sidente de ALAFEM) y en ella fue desarrollada una exposición introductoria al trabajo del Encuentro.

Exposición introductoria

El Dr. **José Roberto Ferreira** sustentó que el discurso reciente sobre el desarrollo de la práctica médica y su formación médica se halla impregnado de un tono que es al mismo tiempo de crítica y resignación o conformismo. Se habla de una medicina tecnológica, institucionalizada, socialmente segmentada y dependiente de un trabajo colectivo, en el cual se diluye la relación médico-paciente y los criterios de responsabilidad profesional. Al mismo tiempo se acepta el carácter hegemónico de esta práctica y no se reconoce la autonomía de la Escuela Médica que puede ofertar algunos grados de libertad para el cambio.

La actual educación en salud tiene una base predominantemente hospitalaria, supeditada a la incorporación acrítica de la tecnología, con un incremento de la especialización y sobreespecialización, preocupada fundamentalmente en la formación de postgrado en desmedro de la orientación básica y general del pregrado e incapaz de poder atender las necesidades de la población, donde el complejo médico-asistencial y el médico a su interior determinan el patrón de atención que premia la capacidad resolutive puntal basada en la excelencia técnica y sofisticación asistencial.

A pesar de los problemas es posible proponer a las escuelas "un nuevo compromiso social" que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad, fundando un "nuevo modelo científico biomédico y social" y un nuevo paradigma educativo que visualice "un renovado estatuto de valores", reconstruyendo la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional en función de las necesidades de salud.

Si se acepta que todo lo anterior traduce una realidad de crisis de la Educación Médica que transparenta "un momento de verdad y la emergencia evolutiva hacia un nuevo espacio potencial", se reconocería al mismo tiempo una posibilidad de reversión o de búsqueda de alternativas que superen la resignación y permita avanzar en la legitimación de las Escuelas.

El nuevo paradigma necesario convoca a:

- La redefinición de los conceptos de salud y enfermedad involucrándolos en un ámbito transdisciplinario y de articulación del conocimiento biológico o social;
- El redireccionamiento del avance tecnológico en función de la necesidad de una política de ajuste a los problemas nacionales a partir de un esfuerzo investigativo centrado en la realidad;
- El redimensionamiento de los espacios de práctica tomando en cuenta sus niveles de complejidad y el propio desarrollo de una nueva práctica; y,

- El reconocimiento e integración de esta práctica en los avances de la ciudadanía y de los procesos de participación de la sociedad civil dentro del nuevo contexto de democracia que vive América Latina.

Este nuevo paradigma carece todavía de un abordaje epistemológico pero podrían las Escuelas iniciar, a través de la acción, un proceso que posibilite el avance teórico y práctico a través del enfoque de gestión estratégica de calidad que se delinea en el documento básico preparado para esta Conferencia, el mismo que propone una nueva visión sobre calidad basado no únicamente en el sentido de excelencia técnica sino en la relevancia y satisfacción de la sociedad como un todo, asociándose a criterios éticos de equidad y justicia social. Esta propuesta también reconoce la necesaria participación de todos los actores, la voz del usuario y la permanente problematización, y al mismo tiempo reconoce el requerimiento de "**un consenso global en relación a la calidad de la Educación Médica**" referido al proceso y no sólo al producto, que se refiere más a la acreditación de la Escuela Médica que a la certificación del médico.

1. Educación y práctica médica frente a los movimientos de reorientación sectorial

Bajo la presidencia del **Dr. Pablo Carlevaro (ALAFEM)** se desarrolló el primer panel (primera parte) denominado "Educación y práctica Médica frente a los Movimientos de Reorientación Sectorial".

El **Dr. Víctor Penchaszadeh** se refirió a los desafíos éticos en la educación y en la práctica médica frente a las transformaciones sociales y tecnológicas de fin de siglo.

Comenzó señalando su carácter de no especialista en ética pero el forzado involucramiento desde su especialidad (genética) en los problemas éticos de la práctica médica. Inicialmente se refirió al proyecto: Genoma Humano y los múltiples interrogantes que se abren a partir del mismo. Colocó este proyecto y sus supuestos etiológicos en el clásico antagonismo entre predisposición y ambiente que atraviesa las diferentes concepciones de salud y enfermedad a través de la historia. Resaltó algunos de los problemas que se abren a partir de la disponibilidad de nuevas tecnologías especialmente en términos de privacidad, derecho a la información (y a la no información), protección contra toda forma de discriminación, etc.

Lejos de agotar los desafíos éticos como contracara riesgosa del desarrollo tecnológico, profundizó en otros espacios que podríamos denominar socio-éticos haciendo descansar su abordaje conceptual en el Derecho a la Salud como el primero y mayor de los desafíos. Este Derecho a la Salud articulado con el conjunto de los derechos humanos debe permitir proteger la vida y la dignidad del ser humano independientemente de cualquier factor de discriminación, especialmente de su capacidad de pago; y debe permitir estructurar redes de vigilancia profesional y social contra toda experimentación en seres humanos ya denunciada por el Código de Nüremberg y mantener una alerta permanente y una indubitable sanción contra toda violación de los derechos humanos, doblemente grave cuando es cometida por un profesional de la salud cuyo saber pudo haber sido puesto al servicio de la tortura o de la represión política.

Concluyó afirmando que "es imperativo que los médicos y otros profesionales de salud que se estén formando actualmente y/o que se formen en el futuro tengan la capacidad de analizar y confrontar estos problemas con la misma habilidad con que enfrentan problemas clínicos. Esto impone —en su opinión— una responsabilidad mayúscula en las escuelas de medicina de la región".

El Dr. **Rodolfo Rodríguez** expuso sobre los cambios en la práctica médica frente a las transformaciones económicas políticas y sociales que impactan en el sector salud.

Caracterizó un conjunto de elementos de cambio que operan a través de formas de inducción que buscan instrumentar el trabajo profesional para el complejo médico-industrial y que en la práctica pueden ser resignificados como una reducción en su soberanía. En este sentido, identifica un conjunto de estructuras y relaciones de poder exógenas al proceso íntimo de la atención médica. Sostiene que "mientras el desarrollo conceptual y la transmisión de la teoría del conocimiento continúa atrapada en el marco de un academicismo rígido y cientificista, la práctica de la profesión médica se orienta a partir de un conjunto de estructuras y relaciones de poder exógenas al proceso íntimo de la atención médica".

Las nuevas condiciones del ejercicio profesional las analizó no sólo a partir de los condicionantes intrínsecos al proceso de atención médica, sino particularmente a partir de los efectos que las actuales políticas económicas, la reforma del Estado y las propias reformas sectoriales en marcha, están produciendo sobre las formas de contratación del trabajo médico, el desarrollo de nuevos escenarios de práctica, los conflictos profesionales y los cambios en el sistema de valores.

Los procesos de reforma sanitaria que vive el continente ha producido distintos efectos: disminución de los fondos del Estado que sostenía modelos de asistencia pública y gratuita, privatización de los sistemas de seguridad social y desregulación del sistema prestador o financiador de servicios con la consiguiente reducción de coberturas y una forzada "racionalización" de la práctica médica acompañada de la ruptura de la equidad y la calidad.

En el ámbito de la práctica médica han ocurrido cambios endógenos relacionados, por un lado, con la transmisión de conocimientos, prácticas y habilidades y, por otro, con los procesos lógico-formales y didácticos. Estos se expresan en dos pérdidas importantes: la de horas de dedicación a la cátedra y la de docentes adecuadamente capacitados con el consiguiente impacto sobre el recién egresado, quien termina recibiendo "un discurso divorciado de la acción o una acción divorciada de la realidad del mercado de trabajo en el que aspira a insertarse. Por otra parte la exigencia de conocimientos irrelevantes le ha demandado pagar un alto costo de oportunidad (pérdida personal) y a los servicios le ha restado personal con capacidad resolutoria".

En un contexto de bajo nivel formativo de pregrado y ante la amenaza de penalidades por mala praxis, "concentrar el conocimiento" tiene excelentes ventajas comparativas: mejor "responsabilidad profesional" vs. "mayor conocimiento técnico son reaseguros de empleo con bajo riesgo. Esto explica la gran ampliación de la formación de posgrado vinculada a las especialidades que usan más tecnología o hacia aquellas más procuradas en el mercado de trabajo.

Los cambios ocurridos en procesos condicionantes exógenos han jugado un papel más importante: abandono de las políticas subsidiadoras de la oferta, lo que unido a la crisis económica

y financiera ha limitado la posibilidad del gasto por parte de las entidades financiadoras de la seguridad social.

La competencia desatada en el seno de la oferta, sobreexpandida, se ha expresado en criterios individualistas (sálvese quien pueda), lo cual ha quebrado el monopolio gremial llevando a los otros poderes institucionales profesionales a la ruptura de los principios liberales y la lucha por la subsistencia institucional.

Traslado del riesgo económico desde la seguridad social al grupo prestador, concentración de la oferta en escasos prestadores, desaparición de la intermediación, cambio en los criterios prescriptivos para contener el gasto, cierre al primer nivel de atención, institucionalización de la atención y competencia entre grupos privados intra o extrasectoriales, disminución del gasto en trabajo profesional y crecimiento del gasto sanatorial, tecnológico y en medicamentos.

Todo lo anterior más la ausencia de controles, evaluación y auditoría médica, lleva a que la práctica se aleje cada vez más de los patrones de conducta reconocidos. Todos estos cambios no son analizados por la Educación Médica que mantiene su tradicional rigidez.

El ponente termina indicando que el desafío actual "consiste, a la vez, en evitar —por un lado— que la práctica médica sea cada vez más un referente apenas de las decisiones (mercado-dependientes) que se adoptan en espacios de poder extrasectoriales interesados en alentar "la guerra contra la enfermedad" y en propiciar —por otro— cambios en esa práctica que dando relevancia a la promoción de salud coadyuven a reorientar la Educación Médica hacia la identificación de necesidades y la resolución de problemas".

El **Dr. Carlos Vidal Layseca** caracterizó su propia exposición sobre Universidad y Sociedad como un telón de fondo comenzado su análisis por un esbozo de escenario de corto plazo que denominó la Universidad en los albores del Siglo XXI y que caracterizó afirmando que habrá "cambios sustanciales en los patrones de la salud, una tensión entre clientes colectivos y clientes individuales; organizaciones intermedias entre estos clientes y los profesionales de salud; dependencia de estos profesionales de las antes mencionadas organizaciones, a tal extremo reguladoras que la única libertad que le quedará al futuro médico es la de pertenecer o no a ellas. Pronosticó, además, la pérdida de su indiscutible poder médico".

Hipotetizó que de no existir reacción universitaria se instalará una evaluación desde afuera con parámetros ajenos a la Universidad pero funcionales al mercado.

En un segundo acápite denominado "La Universidad ante el escenario actual", hace una fuerte crítica al uso de la técnica de escenarios, al planeamiento estratégico tal como se lo aplica en el campo empresarial, herramientas que asociadas con el marketing y la predica sobre las ventajas del mercado libre vienen profetizando rentabilidades sociales de dudosa concreción.

Utiliza la incapacidad de predicción en el pasado como una forma de relativizar los pronósticos de quienes apuestan a que el mercado y el sector privado puede lograr lo que en el pasado el Estado no pudo alcanzar.

En lo referente a la viabilidad actual de la Universidad, colocó el dilema entre lograr una independencia económica del Estado para generar una dependencia económica del mercado. Esto podría estar llevando a una reconversión regresiva de las mismas Universidades.

Luego de compartir un conjunto de preguntas y/o dilemas generados que permiten construir una interesante agenda de discusión, concluyó exhortando a alejarnos de la idea que la Universidad sea una empresa y a que ésta se comprometa con propuestas organizadas alrededor de los valores de solidaridad y equidad, como base para la construcción de una política social en general, y de educación y salud en particular.

II. Reforma sectorial y Educación Médica. Análisis de casos específicos

En la segunda parte del primer panel, presidida por el **Dr. George Nicholson**, se analizan experiencias de diversos países:

CHILE

El **Dr. Roberto Belmar** resaltó que Chile fue el primer país en concebir el concepto de Servicio Nacional de Salud y el segundo en implementarlo legalmente.. El gobierno autoritario del General Pinochet inició en 1989 cambios que llevaron a la privatización y al traspaso de los establecimientos de atención primaria a las municipalidades del país, forjando un sistema dual de salud donde coexistían separadamente un sector público pobre y un sector privado, la desarticulación de los establecimientos de atención primaria municipales de los servicios de salud, la disminución del gasto en este campo y un sistema orientado a la recuperación de la salud. El gobierno del presidente Aylwin propuso un nuevo programa de desarrollo con crecimiento, recuperación de la democracia y justicia social donde la salud pasa a buscar la equidad, solidaridad, participación social, eficiencia y descentralización.

Los objetivos en salud pasan a ser:

- a) hacer justicia en salud;
- b) dar más años a la vida;
- c) dar más salud a los años.

Para cumplir estos objetivos se desarrollaron las siguientes tareas prioritarias: mejorar el acceso a la salud; resolver la crisis hospitalaria; dar un gran impulso a la prevención y protección de la salud; rescatar, consolidar y construir el sector público e integrar a los sectores privados y sectores solidarios (ONG de salud); y, preferenciar la atención primaria, como estrategia para alcanzar la equidad, descentralización, solidaridad, participación social y eficiencia.

Para el cumplimiento de cada una de las tareas prioritarias se han llevado a cabo diferentes acciones que el ponente destacó y se encuentran claramente establecidas en el documento base.

Señaló que para el cumplimiento de las diversas acciones, tareas prioritarias y objetivos, fue necesario desarrollar un activo proceso de educación del personal de la salud y recomienda reorientar la formación de pregrado de los estudiantes de las diversas carreras de la salud abordando la enseñanza de:

- técnicas de gestión moderna,
- técnicas de comunicación,

- introducción de las ciencias de la conducta en las currícula,
- fortalecimiento de las actividades de participación social y de trabajo en terreno.

CANADA

El **Dr. Robert F. Maudsley** presentó la experiencia vivida por el programa de "Educación de los futuros médicos de Ontario (EFPO)".

La Ley Canadiense sobre la Salud reconoce como principios básicos: la universalidad, accesibilidad, transferibilidad de la cobertura de una provincia a otra, carácter integral y administración pública sin fines de lucro. El erario público financia el 72% de los gastos en salud, lo cual constituye el 9.2% del PIB y cada provincia gasta alrededor de un tercio de su presupuesto anual en salud. La mayor parte de los médicos canadienses ejerce la medicina en forma independiente y recibe su pago por los servicios que prestan bajo las normas que establecen las organizaciones médicas.

La mayor parte de los canadienses se hallan satisfechos con la atención que reciben y la mayor parte de los médicos están satisfechos por la forma organizativa de los servicios de salud. El problema actual radica en la recesión económica que vive el Canadá, lo cual ha llevado a la disminución de las recaudaciones tributarias con la consiguiente merma de las transferencias de fondos a provincias y territorios. Esta situación obliga a disminuir el número de médicos a través del control de ingresos de aspirantes en las Facultades y de la inmigración de médicos, incrementar la eficiencia administrativa y técnica a través del desarrollo de acciones de salud de similar eficacia pero de menor precio y la reforma educativa con miras a formar un profesional que responda a la "corriente de la demanda".

A la luz de estas necesidades, la EFPO critica a la "corriente de la oferta" que se basa en la necesidad de buscar pacientes que se adapten a los intereses y capacidad técnica de los especialistas, del equipo y de los hospitales y resalta la "corriente de la demanda" que privilegia el punto de vista del paciente y de la comunidad, la carga de morbilidad que sobrelleva la comunidad, los factores que influyen en la gravedad de las enfermedades e impedimentos y la eficacia de las intervenciones.

Para alcanzar la meta general se han establecido cinco objetivos: a) definir las necesidades y expectativas del público; b) formar educadores; c) evaluar la competencia de los alumnos; d) apoyar innovaciones conexas con los programas de estudio; e) proporcionar un liderazgo permanente.

El EFPO reconoce, por otro lado, las siguientes funciones del médico: a) adopción de decisiones de tipo clínico y en calidad de experto en medicina; b) educador y humanista capaz de curar y de comunicarse; c) colaborador; d) administrador de recursos; e) promotor de la salud, f) profesional dispuesto a aprender; g) científico e investigador. El programa además ha creado un plan de becas con el fin de rescatar personal que intervenga en la investigación y acción necesaria para el avance del mismo.

La EFPO, luego de sus cinco años de trabajo está comenzando a ver cambios importantes y espera otros de mayor impacto.

BRASIL

El **Dr. Eleutério Rodríguez** analiza los cambios de la Educación Médica frente a las demandas de la Reforma Brasileña en Salud. Comienza apuntando las grandes diferencias de los procesos de reforma que actualmente se están implementando en los distintos países y remarca la "brutal disparidad entre los hemisferios norte y sur"; los primeros que miran la reforma dentro del marco competitivo de bloques económicos que disputan la hegemonía (Europa) o ante la urgencia de disminuir costos e incluir los segmentos excluidos del mercado (Estados Unidos), mientras que los segundos aparecen bajo la demanda ética de acceso a los beneficios mínimos que se supone vivir en la modernidad.

Rechaza las propuestas de moda surgidas desde los organismos internacionales y otros entes institucionales económico-político-ideológicos, que supuestamente quieren tener la respuesta "racional" para los males del capitalismo "atrasado".

El ponente más bien considera que cada país puede dar una respuesta autárquica y por esto encamina su análisis por los caminos que vienen diseñando las fuerzas progresistas del Brasil en su proceso de reorientación de la salud. En esa medida, se apoya en la historia para analizar la forma como se constituyó el movimiento brasileño de Reforma Sanitaria y la propuesta de implantación del Sistema Único de Salud - SUS, rescata los avances ocurridos en la conceptualización de la salud y sus determinantes y la necesaria intervención multidisciplinaria e intersectorial, la cuestión de la salud como derecho y atributo de ciudadanía y la dimensión técnico-estratégica del sistema de salud a ser reorientado para catalizar el proceso de democratización de la salud.

Al perder la política de salud su connotación meramente sectorial, aparece la salud como un fin en sí y no simplemente como un medio, con lo cual el SUS cumple el papel de establecer los principios y directrices que le confieren una misma doctrina y una misma lógica organizativa en todo el territorio nacional.

A pesar de los problemas y del brutal desfinanciamiento, la nueva lógica y acción que preconiza la Reforma Sanitaria y el SUS ha conseguido transformarse en la pauta central de los movimientos sociales que luchan por la salud y la vida, razón por la cual analiza las limitaciones actualmente existentes para su avance.

El presente de la lucha por la Reforma Sanitaria debe dar cuenta de los problemas históricos de un Estado caracterizado por la "promiscuidad" entre los intereses públicos y privados que ha llevado a un cuadro de exclusión social y de mala calidad de vida y salud para la mayoría de la población. Analiza la forma como se constituyó el sistema público de salud conformado por un cuerpo bicéfalo con lógicas y clientelas distintas: un Ministerio de Salud pobre y una Previsión Social hegemónica que reparte los recursos cautivos a los productores de los servicios médicos curativos privados. Estudia la lógica de la cobertura con una práctica médica curativa individual, asistencialista y especializada, el apoyo estatal para la constitución del complejo médico-industrial, el primado del lucro, la centralización de los procesos decisorios, la concentración de acciones en los centros urbanos, la estratificación del Derecho a la Salud, el énfasis en los servicios hospitalarios, la valorización de los servicios especializados y la remuneración de servicios contratados por producción con su concomitante corrupción y control del setenta por ciento de las camas hospitalarias por parte del sector empresarial no-ético.

Sobre este contradictorio tapete, la crisis económico-política de los años 70 y 80, lleva al enfrentamiento de tres tendencias que hasta ahora no han logrado una resolución definitiva: el sector privado contratado/conveniado, el sector moderno y competitivo amparado en los seguros privados y el Movimiento de Reforma Sanitaria.

La Reforma tiene también que dar cuenta del propio paradigma asistencial mecanicista, individualista, biologicista, que prioriza la especialización y tecnificación, curativo y excluyente de prácticas alternativas, que constituye una fuerza interna que impide el avance de la Reforma. La alternativa para la construcción de una nueva forma de pensar y hacer, la encuentra el ponente en un paradigma sanitario que investigue y accione a partir de las realidades locales, el mismo que posibilitaría la introducción de nuevos supuestos de globalidad, descubrimiento de la determinación social de la salud-enfermedad, colectivismo, equilibrio en el conocimiento general y especializado, inclusión de prácticas alternativas, uso de tecnología adecuada e integralidad de la atención.

La posibilidad de implementación del paradigma sanitario requiere, por otro lado, de cambios fundamentales en la concepción del Estado: recuperación de su función pública, descentralización y participación de la población en la formulación y ejecución de las políticas correspondientes. En esta forma, el SUS podrá cumplir un papel normativo y fiscalizador sobre el conjunto de acciones de salud, hacer más eficiente la gestión pública, descentralizar, promover la participación de la población y dar cuenta del financiamiento.

El proceso de Reforma Sanitaria coloca grandes desafíos para la práctica médica y para la Educación Médica. En el ámbito de la práctica médica que manifiesta profundas contradicciones y limitaciones debido a problemas éticos, corporativos y económicos, es fundamental la reconstrucción de una alianza entre profesionales y usuarios con miras a encontrar solidariamente caminos para la solución de los problemas. Para Educación Médica el desafío consiste en redefinir su objeto, en términos de conocimiento y capacitación profesional que permitan la intervención positiva sobre el proceso de salud-enfermedad.

Una mínima agenda a ser cumplida por parte de las Universidades en relación con la Reforma y el SUS se asienta sobre los siguientes puntos: a) producción de ciencia y tecnología relevante para el proceso; b) redefinición gradual de los contenidos, prácticas y métodos de enseñanza/aprendizaje, a partir de las necesidades de la realidad "real" de los servicios de salud; c) redefinición del papel del docente, como "regente" o administrador de disciplinas y no como única fuente de conocimiento a ser transmitido; d) superación del Hospital Universitario como único y/o principal campo de entrenamiento y transformando el SUS en un verdadero sistema de salud-escuela; e) redefinición del papel del Hospital Universitario en la red regionalizada y jerarquizada; f) participación como miembro solidario y crítico en los niveles de decisión del SUS; g) participación en el proceso de educación continuada - actualización, reciclaje, titulación, etc. de todo el personal de salud, así como la promoción de la educación popular.

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

El **Dr. Fitzhugh Mullan** comentó las lecciones aprendidas del debate sobre la reforma sanitaria en los Estados Unidos que son aplicables a la Educación Médica.

Planteó que el intenso debate de los últimos años generado por la llamada reforma Clinton se ha centrado en principios orientadores tales como cobertura universal, control de costos y garantía de calidad de la atención. El proceso político del plan lo mantiene en debate sin que se entrevea por el momento la posibilidad de aprobación en el Congreso de su país. Sin embargo se considera el la instalación en la sociedad de este mismo debate ya como un producto que tiene repercusiones e interacciones con la Educación Médica.

Afirmó que la composición y estructura de una fuerza laboral de 600.000 médicos (2,5 x 1000 hrs) y 142 escuelas de medicinas tiene una fuerte influencia sobre los principios de cobertura, calidad y costos.

Como caracterización señaló algunos rasgos de esa fuerza laboral como la existencia de 100.000 médicos en cursos de postgrado, que dos tercios de los médicos ejercen como especialistas no primarios, que la pediatría general, la clínica y la geriatría son considerados como especialistas primarios o generalistas, que existe un 21% de médicos egresados en otros países, etc.

Añadió que hoy existen dudas sobre que la Educación Médica esta produciendo el número suficiente y la proporción adecuada de especialistas y generalistas sobre la distribución geográfica de los médicos.

Señaló como inquietudes:

- * La falta de políticas nacionales sobre el particular,
- * La combinación inapropiada de especialidades
- * La excesiva formación de médicos,
- * La insuficiente participación de las minorías en la fuerza laboral médica,
- * El uso insuficiente de profesionales no médicos.

En lo referente a algunos lineamientos políticos y objetivos que se han planteado en el plan resaltó:

- * Políticas sobre fuerza laborar con consulta a diferentes sectores de la sociedad,
- * Comisión nacional sobre el tema,
- * El intento de graduar el 50% de los médicos orientados hacia la Atención Primaria,
- * El reducir la proporción de alumnos de postgrado,
- * Asignaciones federales para postgrado,
- * El cofinanciamiento de la postgraduación por parte de los seguros de salud,
- * El incremento de incentivos para el estudio de minorías
- * Incentivos para la educación de profesionales.

Revisó una serie de lecciones que en su opinión se desprenden del debate concluyendo que aún sin legislación se encuentra ahora con una visión más clara de las relaciones entre Educación Médica y expectativa del público, que se ha conceptualizado que los médicos son un recurso humano valioso y costoso, que es necesario una mayor transparencia de los mecanismos decisorios

sobre la formación médico profesional de pre y postgrado y que debe existir una mejor congruencia en el gasto público entre inversión en Educación Médica y políticas públicas.

CUBA

El Dr. José Baudilio Jardines, Viceministro de Salud de Cuba, que expuso sobre el reto de la atención primaria y la eficiencia en salud. Comenzó resaltando la necesidad de articular la reflexión con la acción en momentos en que el compromiso de la Educación Médica con las necesidades de salud de la población no admite dilación.

Enfatizó la necesidad que las Facultades y Escuelas de Medicina definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser ante la sociedad y los servicios de salud.

En relación al contexto de crisis puntualizó que Cuba no es una excepción a las graves restricciones económicas que padecen varios países de América Latina aunque, como es de conocimiento general, su panorama se complica por la intensificación del bloqueo económico de los EEUU., algunas de cuyas repercusiones podrían terminar afectando algunos logros en salud, lo que hasta la fecha parece no haber ocurrido por la cobertura y capacidad de respuesta del sistema de salud.

Justamente en el mapa de fortalezas y debilidades que realiza el sector para enfrentar esta crisis se identifican por un lado la existencia de un sistema nacional de salud y una política sanitaria, la integralidad de las acciones de intervención, la accesibilidad universal y gratuita, la evaluación sistemática y la participación activa de la población y las organizaciones sociales, como algunos de los factores que vienen operando a favor del mantenimiento y aun de algunas mejoras de los resultados en salud.

En cambio la restricción de recursos combinada con un histórico régimen de funcionamiento del sector con alto nivel de gasto y la centralización del sistema, son vistos como factores a remover no sólo para atravesar la actual coyuntura, sino como nuevos rasgos del sistema.

Expuso una serie de indicadores de levantamiento sistemático que permiten verificar un mantenimiento de la situación de salud, incluso por arriba de las propias expectativas del sector, identificando como elemento de alarma un leve incremento en el porcentaje de bajo peso al nacer que podría estar registrando las dificultades alimentarias por las que pasa el país.

La amplia cobertura del médico y la enfermera de familia que alcanza al 95% del país parece estar en el centro, no sólo de la protección de la salud de la gente, sino también en un cambio en los estándares de calidad de los servicios de salud, exigidos por una población mas formada y exigente.

El rápido alcance de cobertura genera un nuevo problema que es la reconversión de la política de formación. Ya se han reducido los ingresos al pregrado y se esta reforzando al postgrado, la investigación y estimulando el involucramiento creciente de los profesores, incluso de las ciencias básicas, en el quehacer de los servicios de salud.

Se están generando nuevas Estrategias y Orientaciones para enfrentar las actuales condiciones que incluyen un mayor énfasis en la promoción de la salud, un mayor control del medio ambiente,

a veces deteriorado como consecuencia de la misma crisis, un más eficiente sistema de detección precoz y oportuna de problemas de salud.

En el campo de la formación se reduce la influencia de las concepciones más biologicistas sin reducir la rigurosidad de la formación técnica y humanista, se forma para una mayor asunción de responsabilidades como necesidad de formas más descentralizadas de gestión, se propician formas para generar recursos desde el sector y se estructura un movimiento de calidad total conceptualizada simultáneamente en el espacio del desempeño profesional y del compromiso social.

En la búsqueda de mecanismos operativos y herramientas de gestión de calidad se vienen aplicando en forma combinada cuatro herramientas: Planificación estratégica de recursos humanos en salud, acreditación educativa y de servicios, evaluación de competencias y desempeño profesional y formación integral.

Concluyó enfatizando que en su opinión son más los puntos de contacto y las necesidades que unen a nuestros países que los que los diferencian, e invitó a discutir una nueva agenda común de cooperación, sobre la base, entre otros tópicos, de una interiorización a la Universidad del debate sobre el proceso salud-enfermedad, sobre formas de profundizar la integración docencia-investigación y servicios, sobre nuevos desafíos éticos, sobre la Atención primaria y el médico de familia, el control social de la calidad de los recursos humanos en salud.

La mención a una frase de Martí, "Hacer es la mejor manera de decir", expresó en pocas palabras el carácter del aporte realizado a esta conferencia.

III. El desafío para la Educación Médica

Trabajo en grupos

La discusión se realizó sobre cuatro preguntas que sirvieron de base para la reflexión:

- 1. ¿En qué medida y de qué maneras los movimientos de reforma del Sector Salud han influenciado reorientaciones de la práctica profesional y pueden estar demandando cambios en la formación de médicos?**

Frente a esta pregunta los grupos encararon diversos puntos de la muy compleja problemática que vive la Educación Médica. Del conjunto de respuestas hemos compuesto el siguiente relato.

Se ha considerado a Alma Ata como una referencia histórica, un momento en que se define un marco teórico-conceptual de una reforma con importante influencia en las reorientaciones de la práctica profesional, demandando cambios en los procesos de formación de médicos y otros profesionales de la salud.

Este momento define esencialmente al médico generalista adecuado a las necesidades de la Atención Primaria de Salud. Son numerosas las Facultades y Escuelas de Medicina que incorporan estas definiciones en sus objetivos educacionales, así como algunos países lo hacen con el concepto de medicina familiar en sus sistemas de salud.

Sin embargo los cambios políticos y sociales que signan la última década, con claro predominio de las concepciones mercantilistas neoliberales, llevan a una reforma real de la práctica médica.

El Estado se desentiende de su papel normatizador, controlador y asistencial y la salud pasa a ser un problema a resolver por el propio usuario. Este lo hace de acuerdo a su capacidad de percepción de la necesidad de asistencia y a su capacidad adquisitiva, individualmente o a través de diversas formas de organización social (ONG, instituciones de asistencia médica colectiva, gremios, comisiones vecinales, etc.), lo que conlleva una muy diferente accesibilidad a la asistencia médica de las distintos segmentos sociales.

Al mismo tiempo y de manera relacionada, la incorporación de tecnologías cada vez más sofisticadas y su demanda y las restricciones en el mercado laboral médico, inducen a la especialización en detrimento de la formación médica generalista. Se desarrolla así una medicina institucionalizada, socialmente segmentada, altamente tecnificada, que lleva a la pérdida en la equidad y al retroceso en el concepto de salud como Derecho social tan ampliamente incorporado al discurso de diversos ámbitos políticos, sociales y educacionales.

La política de mercado en la salud y el propio médico que busca su inserción en este contexto socio-cultural, determinan así este patrón asistencial que paulatinamente deja más sectores de la sociedad fuera del mismo. Paradójicamente, la alta inversión en tecnología muestra un alto índice de insatisfacción del usuario, por factores derivados principalmente de la deshumanización en la práctica médica.

Frente a esta realidad, la Educación Médica entra en crisis, limitada en su capacidad de adaptación a la nueva situación. En muchas Facultades y Escuelas Médicas se vive un doble discurso: por un lado los objetivos educacionales definidos y por otro los resultados de la presión que ejerce la realidad sobre la institución.

La fuerte tendencia a la hospitalización y a la especialización, inducida por el mercado laboral médico, los intereses de las empresas médicas y las condiciones que dicho mercado impone al nuevo graduado, funciona como una "quinta columna" que resiste a los procesos educacionales que se basan en un paradigma de médico generalista en función del individuo como ser social.

Al mismo tiempo, la falta de políticas educacionales de estado distorsiona aún más la Educación Médica, por ejemplo a través de los bajos salarios docentes, el multiempleo y la baja dedicación a las funciones universitarias básicas. Esto se suma a la problemática de la masificación estudiantil y docente que viven muchas Escuelas de Medicina. A esto se agrega el desinterés estudiantil, fundamentalmente debido a las pobres expectativas o a la modificación de las que tenían al ingreso a las carreras bio-médicas.

En suma, históricamente podemos definir un proceso de reforma y contrarreforma que nos encuentra hoy en una etapa crítica, donde se destaca la deserción del estado, la presión del mercado, y la empresa médica y la falta de una presión social exigente de la equidad en salud.

2. ¿Cómo podrían la Universidad y las Facultades de Medicina comprometerse en el desarrollo de los procesos de reorientación sectorial apoyando el logro de los objetivos de equidad, eficacia y eficiencia?

La pregunta generó un debate que incluyó en primer lugar a la Universidad y su relación con la Sociedad y el Estado.

Los relatos ven a una Universidad en crisis que en función de diferentes contextos puede cumplir un rol progresista y renovador como puede, también, tener una función conservadora y/o resistente a los cambios en la sociedad.

La autonomía Universitaria conquistada y reconquistada en función de los procesos democráticos en América Latina, no puede ser un concepto que justifique un aislamiento de la sociedad. Esa misma sociedad que no tiene hoy un espacio de expresión en la Universidad pero que en definitiva es quien la sustenta y la legitima.

Esta autonomía política en la práctica se vulnera con la reducción de recursos económicos que la hace más dependiente y estimula intencionadamente procesos de autoprivatización legitimados por su propia pauperización.

Sin embargo esta Universidad sigue siendo depositaria de un rol en la dinámica de transformación de nuestras sociedades que no se visualiza con los rasgos omnipotentes de los años sesenta, pero tampoco con los rasgos fatalistas de los ochenta. Se piensa una Universidad más modesta pero comprometida y solidaria, concurrente con otros actores en procesos de cambio hacia sociedades más justas.

En las referencias a la vinculación Universidad-Estado se deja traducir que existen dificultades, tanto por las implícitas políticas de desfinanciamiento, como por el retroceso de su rol como garante del Derecho a la Salud.

A pesar de ello se continúan privilegiando las políticas de cooperación con los Ministerios de Salud, aunque ampliando ahora la cooperación a nuevos actores e interlocutores de dentro y de fuera del sector salud.

Esa misma Universidad se visualiza como uno de esos interlocutores para incidir en las políticas de Salud por el peso específico de sus funciones básicas formación, investigación y servicios, de tal forma que no sólo se percibe respondiendo a políticas de salud sino también contribuyendo a su construcción.

Esta relación queda ejemplificada en las potencialidades de la Universidad en participar en los procesos de Gestión de Calidad de los servicios y la de éstos en la Gestión de Calidad de Educación.

En el ambiente interno se verifican deudas de la Universidad. La necesidad de mejorar sus estilos y herramientas de gestión, la necesidad de profundizar sus procesos de democratización, la necesidad de generar mecanismos para revitalizar y profundizar la participación estudiantil y el establecimiento de nuevos pactos de gobernabilidad. Resolver estas deudas, entre otras, puede contribuir a que la conflictividad interna no pueda ser utilizada como excusa para postergar el enfrentamiento de las nuevas demandas de la sociedad.

Los debates alcanzaron al rol de la Universidad privada en este contexto y la necesidad de su involucramiento por la función social que debe cumplir toda Universidad.

La necesidad de estudios de los mercados educativos y de trabajo y la generación de mecanismos no autoritarios de regulación parecen demandar alguna forma de generación y socialización de información y renovados mecanismos de planificación consensuada de recursos humanos en salud.

Las características de las crisis parecen haber alcanzado a los docentes, en quienes se reconoce el impacto de los salarios bajos pero además se verifica, en algunos casos, un cierto desánimo, atribuido a una cierta incapacidad de lectura y comprensión de la realidad, a la quiebra de paradigmas o a una cierta incongruencia entre discurso y práctica.

En relación a la Educación Médica numerosas intervenciones señalaron:

- La importancia de la formación de un médico generalista y la necesidad de reforzar esta formación con modificaciones en el modelo de atención y en el mercado de trabajo
- La potencialidad de las experiencias formativas y laborales interdisciplinarias.
- La necesidad de generar un desarrollo no antagónico entre la medicina general y la formación de especialistas.
- La importancia de la incorporación temprana de experiencias de formación en escenarios comunitarios.
- La participación de la universidad en los procesos de educación permanente en los servicios de salud y su articulación con los procesos de educación popular en salud.
- La necesidad de reforzar la formación social de los médicos y de incluir una formación administrativa del profesional de salud.
- La formación docente de los profesores con nuevos paradigmas educacionales.

Por último se esbozó la posibilidad de imaginar un nuevo perfil profesional del médico, en función de lo definido por el documento de posición latinoamericana en Edimburgo, que enfatice un cambio en la naturaleza de sus contratos con la población, que lo coloque en una posición más lateral y solidaria, con funciones de consejero y de defensa del Derecho a la Salud, incluso en sus dimensiones más operativas.

3. El concepto de ética médica aún sigue basado en un modelo de práctica médica que, en muchas realidades, ya no es el predominante. ¿Hay necesidad de una revisión de esos conceptos? ¿Cómo observa usted esta nueva ética médica?

Los grupos de trabajo reconocieron que los cambios acelerados ocurridos a nivel de la ciencia y la técnica y su incorporación en la investigación y práctica en salud, la colectivización de la atención médica y su pérdida de autonomía, la modificación de las relaciones del Estado con la sociedad civil y la transformación de los servicios de salud en mercados emergentes, imponen un análisis crítico de las valoraciones éticas tradicionales basadas en los principios hipocráticos.

Algunos grupos consideraron la necesidad de definir una nueva ética, mientras que otros consideraron que se trata, más bien, de la ampliación de la bioética y deontología a través de la integración de principios valorativos sociales y ecológicos. Otros apuntaron la existencia de una ética general, de la cual la medicina debería extraer los nuevos postulados que posibiliten construir las pautas necesarias para esta época.

Lo anterior establece un requerimiento de nueva construcción que debe llevarse a cabo con la participación de todos los actores comprometidos con la salud: la población y sus organizaciones, las instituciones gremiales, de educación y de servicio. La Universidad cumpliría un papel

fundamental en esta empresa y en ningún momento podría aceptarse que su autonomía le posibilite desentenderse de esta obligación.

Para el avance del compromiso ético, la Escuela Médica y la Universidad debe hacer una crítica severa a su proyección, que la coloca con una posición radical hacia afuera y profundamente conservadora hacia adentro, a su aceptación de la cambiante ética inherente al acto médico, que se modifica de acuerdo con la capacidad adquisitiva del paciente o con el lugar de empleo o institución en la se lleva a cabo. Al mismo tiempo debe reconocer que las trasgresiones que ocurren en su seno, agregan la problemática de su multiplicación y diseminación, ya que la ética se aprende fundamentalmente por contacto y ejemplo y en esa medida el estudiante no puede asumir un "ethos" que no esté presente en la práctica cotidiana de la institución universitaria y en el quehacer de los profesores.

El intento constructivo debe visualizar los distintos espacios y problemas de la realidad. Debe basarse en el compromiso de defensa del Derecho a la Salud y la equidad como marco general e inalienable, pero debe recorrer los aspectos particulares relacionados con la vida institucional universitaria, con la práctica médica, con el acto docente y con la vida cotidiana del paciente y la comunidad. La ética no puede constituir únicamente un postulado teórico, sino que debe reconstruirse diariamente, con mutuo respeto y en forma dinámica y participativa. De lo que se trata es de llevar a cabo una revisión y análisis continuo de cada uno de los actos que ejecuta la Escuela Médica para consolidar críticamente los conceptos y lineamientos que guíen la acción y posibiliten el avance y ampliación de la proyección ética del quehacer médico.

La Universidad tiene la obligación de sensibilizar a todos sus miembros: estudiantes, profesores y trabajadores, sobre la urgencia de avanzar en la construcción de sólidos principios éticos que guíen el accionar. En esa medida, se reconoció la necesidad de que se considere desde un inicio las características de compromiso social y juicio valorativo de los aspirantes y estudiantes. En todos los momentos de la formación, la preocupación por la ética debe estar presente, ya sea como contenidos docentes distribuidos en el currículo, o como reflexión constante alrededor de los conocimientos, prácticas, uso de las técnicas y su aplicación en los pacientes y comunidades.

4. Frente a las tendencias actuales de segmentación social, de prácticas asistenciales con base en diferencias de poder adquisitivo, ¿cómo evitar la reproducción de este patrón de práctica a nivel de la formación profesional, resguardando los objetivos de calidad y de equidad?

Se considera que, en parte, esta pregunta se responde con los contenidos de algunas de las respuestas dadas a las anteriores, en especial a la segunda.

Algunos grupos entienden que el Gobierno debería redefinir políticas de Estado para que éste, contrariamente a la tendencia actual, asuma nuevas funciones y más complejas.

Hay quienes sostienen que no es posible evitar totalmente la reproducción de estos modelos, pero se puede procurar que disminuyan las diferencias mediante políticas de salud más ecuánimes.

La regionalización del sistema debe tender a garantizar un acceso igualitario, respetando el Derecho a la Salud de las colectividades.

Se debe pasar de la noción de "paciente" —sujeto pasivo— y "cliente" —comprador de mercancía—, al de ciudadano usuario como sujeto activo, actor crítico de su propio proceso de salud enfermedad.

Uno de los grupos dejó abierto un margen para una adecuación de los planteos a los recursos y posibilidades de cada clase.

La respuesta debe surgir del seno de las instituciones. La Universidad debe:

a) Investigar las reales necesidades de atención de salud para:

- orientar la formación del profesional que se necesita.
- hacer propuestas de cambio.
- ejercer una especie de control de las desviaciones a los modelos que se consideren paradigmáticos.

b) Poner mayor énfasis en los aspectos psicosociales, con valores educativos que tiendan a lograr una medicina altamente humanizada, en contraposición a la concepción biologicista pura. Se debe canalizar el potencial sensible de los estudiantes que inician la carrera, reconociendo su particular carga cultural.

c) Aumentar los canales de participación e inserción social, manteniendo en forma equilibrada valores irrenunciables como los de equidad, pertenencia y excelencia. Modificación necesaria de la Universidad y del servicio, en modelos de integración docente asistencial. La gestión de calidad como una de las metas.

d) Profundizar la participación estudiantil en la gestión de formación de recursos humanos, considerando que es un sector que no tiene preconceptos sobre la realidad que se pretende corregir.

e) Rescatar los conceptos de Alma Ata para conseguir una respuesta que atiende en forma más equitativa a los requerimientos de salud de la población. Se debe formar específicamente a docentes de atención primaria de la salud.

MOMENTO METODOLOGICO

I. Gestión de calidad en Educación Médica.

La segunda sesión plenaria fue presidida por el **Dr. Benedictus Philadelpho de Sequeira** (Presidente de FEPAFEM), discutiéndose aspectos de la "Gestión de Calidad en Educación Médica":

La primera exposición del panel "Toma de Posición frente a las Experiencias Evaluativas en Educación Médica", estuvo a cargo de la **Dra. María Isabel Rodríguez**, quien tomó como objeto de reflexión algunas de las más relevantes experiencias evaluativas en educación médica, las cuales fueron seleccionadas por su valor como expresión de grandes corrientes de pensamiento en el desarrollo de la educación médica latinoamericana.

El análisis de los propósitos de cada estudio, del contexto en que se produjeron, de las corrientes educativas que impregnaron cada experiencia y su orientación en función de las categorías utilizadas, sustentó la formulación de una propuesta latinoamericana ante los retos a que se enfrenta la educación médica del momento y del futuro inmediato.

El informe Flexner (1910) fue analizado desde la perspectiva de su contribución a la consolidación de un nuevo paradigma de la medicina, la medicina científica, cristalizada en el modelo biomédico clínico, reflejo en lo educativo de ese mismo modelo de concepción y práctica de la medicina. Se consideró en forma especial el impacto del estudio Flexner en la educación médica latinoamericana, así como los modelos evaluativos que generó, reforzados por el desarrollo de la tecnología educativa de la época.

Una nueva visión de calidad de la educación médica fue identificada en el estudio de Juan César García (1968) sobre la educación médica latinoamericana, al concebir la educación no como un proceso aislado sino "subordinada a la sociedad en que se desarrolla". El modelo de análisis del proceso educativo se planteó en el contexto de las relaciones de la medicina con la estructura social, sin descuidar las instituciones educativas, los agentes, proceso y relaciones de la enseñanza, las cuales fueron utilizados como categorías de análisis.

Los procesos de transformación, cambio o innovación en la formación del médico, generados en América Latina en las últimas tres décadas fueron tomados como base para el análisis de los modelos evaluativos, partiendo de la consideración que toda innovación educativa exige la formulación de un proceso evaluativo que se construya simultáneamente y se desarrolle alimentando y reorientando el proceso educativo integral. El estudio de los esfuerzos evaluativos en los proyectos innovadores sirvió de base para la elaboración de algunas consideraciones sobre como orientar la evaluación en búsqueda de la calidad del proceso, yendo desde la definición del concepto de calidad, su socialización, la construcción de metodologías, la permanencia del proceso, el papel de los actores externos e internos, el papel de las experiencias esporádicas y eventuales, la descontextualización de las oficinas de evaluación y las unidades burocráticas centralizadoras de los procesos de evaluación y la incorporación del proceso evaluativo desde el inicio en la formulación de los proyectos.

La experiencia latinoamericana en el análisis prospectivo de la educación médica (1985) fue analizada enfatizando el concepto de calidad que desarrolla el estudio, en función de un marco conceptual que tomó en cuenta el contexto socioeconómico y político, el desarrollo científico técnico, los patrones de ejercicio profesional y la estructura y función de los servicios. Como metodología el estudio utilizó la autoevaluación institucional abriendo un espacio importante a la planificación estratégica de recursos humanos, percibida como su estrategia de intervención.

La posición latinoamericana presentada a la Conferencia Mundial de Educación Médica en Edimburgo (1993) es propuesta como punto de partida para la generación de un movimiento latinoamericano de transformación de la educación médica. La construcción o reconstrucción de un modelo educativo de carácter integral debe generar simultáneamente la construcción de un proceso evaluativo integral inscrito en las premisas del documento de referencia.

En base a las experiencias analizadas se sugiere a las facultades y escuelas el desarrollo de un intenso trabajo de reflexión intrainstitucional capaz de contribuir a la transformación del proceso educativo y de sus actores, a través de un esfuerzo de construcción profundamente participativo. Se propone la construcción colectiva del consenso hacia dentro de las instituciones y la discusión abierta con los sectores íntimamente vinculados al proceso de formación de médicos. En este mismo sentido la construcción de un proceso evaluativo que incorpore el concepto de calidad definido por la institución, tomando en cuenta también los referentes nacionales e internacionales, se consideró como la mejor respuesta en contra de las crecientes demandas para que se adopten criterios ajenos a la realidad institucional.

Correspondió al **Dr. Enrique Ruelas** la exposición "El Cielo Interactivo de la calidad educación - atención y estrategias, garantía de calidad de la Educación Médica", siendo el tema del primer panel.

El contenido de la misma apunta esencialmente a la aplicación de los principios metodológicos de la garantía de calidad aplicada a los servicios de salud, al campo de la Educación Médica, definiéndose objetivamente los parámetros de la calidad desde una concepción del proceso educativo como proceso técnico-científico.

El llamado ciclo interactivo propone un modelo de relaciones interdependientes que existen entre la calidad de la Educación Médica y la calidad de la atención médica, relación que desde una perspectiva probabilística se asume como directamente proporcional.

En relación a las estrategias para garantizar la calidad de la Educación Médica, las mismas se proponen a partir de las experiencias positivas desarrolladas en los servicios de salud y son: la acreditación, los programas internos de mejoramiento continuo - calidad total, y sistemas de enseñanza-aprendizaje enfocados en calidad.

La tercera exposición del Panel, realizada por el **Dr. Roberto Passos Nogueira**, partió de la crítica al concepto "auto-centrado" de calidad, que tiene como elemento fundamental la excelencia de la formación técnico-científica del agente del proceso de trabajo y, por extensión, la sofisticación o densidad tecnológica de los medios que ese agente maneja en la ejecución de su trabajo. Consideró que la crisis del paradigma flexneriano —al interior del cual se encuentra tal concepto de calidad— se inserta en la crisis más amplia de los referenciales doctrinarios del

cientificismo, lo cual ha orientado, en la era moderna, la búsqueda de soluciones para todos los problemas de la humanidad a partir del conocimiento científico y de los instrumentos de él resultantes.

Propuso la adopción de otro concepto de calidad, construido por la interacción de actores que se relacionan en contextos sociales concretos, cuyo enunciado genérico podría ser "lo mejor en la situación actual" o "lo que es posible construir a partir del momento y de la situación actual". Este concepto, aplicado al campo de la Educación Médica, podrá significar, al revés de la subordinación de la relación docente-alumno a nuevas y más restrictivas reglas, la posibilidad de explotar la creatividad y ejercitar la innovación en el proceso pedagógico. De este modo, la gestión de la calidad en la escuela médica se volvería una contribución al avance democrático en la Universidad, en la dirección de los deseos y expectativas de sus clientes: el alumno, y en última instancia la sociedad, que se vale de los servicios de los egresados.

II. Experiencias de validación de la gestión de calidad.

La segunda parte de este panel fue presidida por el **Dr. Miguel Angel Márquez (OPS)**, presentándose cuatro experiencias de gestión de calidad, en Latinoamérica.

LONDRINA - BRASIL.

El **Dr. Samuel Silva Da Silva**, de la Universidad Estatal de Londrina (UEL), explica que a nivel del Centro de Ciencias de la Salud (CCS) se están abordando las siguientes interrogantes: ¿Qué son los servicios de salud? ¿Qué ofrece el sistema de salud a la población? ¿En qué medida (cobertura)? ¿Con qué resultados (efectos)? ¿En qué medida corresponden a las expectativas (satisfacción)? ¿Qué significado, o significados, tiene la expresión "calidad de los servicios de salud"?

La propuesta que la OPS/FEPAFEM/ABEM presentó a principios de este año al Colegio del Curso de Medicina de la UEL, y que fue aprobada unánimamente, dió como resultado la aceptación del curso médico de la UEL como uno de los cuatro cursos seleccionados en América Latina para poner en práctica un proyecto piloto de evaluación, que cuenta con el asesoramiento del Dr. Roberto Passos Nogueira.

La introducción del CCS en el movimiento nacional e internacional de reforma de la educación de los profesionales de la salud es fruto del proyecto de aplicación de un nuevo modelo académico, cuyos principios centrales son: la unión academia-servicios-comunidad; el carácter interdisciplinario; la acción multiprofesional; la enseñanza y la investigación orientadas hacia los problemas prioritarios de salud de la población; la formación orientada hacia la integridad (la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación) de la atención de la salud; la unión enseñanza-investigación-asistencia; la integración del conocimiento de las asignaturas clínicas; la participación temprana del alumno en las actividades comunitarias y en los servicios de salud; la

solución de problemas como método innovador de enseñanza que sustituya las clases expositivas; la práctica tutorial en la relación profesor-alumno; el uso de tecnología apropiada; la educación permanente como compromiso de la Universidad.

En el primer semestre de 1994, la Comisión de Evaluación Institucional (CEI), mostrándose receptiva a la propuesta de la Calidad Total y deseosa de conocerla mejor, invitó a la Prof. Dra. Cosete Ramos, doctora en educación, quien dió a conocer los catorce puntos del método DEMING que ella adaptó para la educación.

En mayo de 1994 se celebró en Londrina un "Seminario de Calidad de la Enseñanza Médica (CCB/CCS/UEL), con el objetivo de capacitar a los miembros de la Comisión para iniciar el proceso de gestión de la calidad en la enseñanza médica en la UEL. Luego de identificarse diversos problemas, se intentó abordar el tema tomando como referencia los siguientes principios de la filosofía de calidad: el perfeccionamiento continuo, la satisfacción de los clientes, el sentirse orgulloso del trabajo y la flexibilidad.

Se establecieron dos equipos de calidad: uno de investigación y otro de evaluación. El primero partió de la siguiente pregunta que se propuso para reflexión: ¿Cómo orientar las investigaciones hacia la integración del ciclo básico-clínico, clínico-clínico y básico-básico, de importancia clínico-epidemiológica, buscando elementos temáticos orientadores que superen el ambiente administrativo burocratizado de la UEL?

El equipo de evaluación se basó en el conocimiento de que la evaluación es un proceso árido, difícil y, por estar impregnada de valores, es objeto de interpretaciones de la más variada índole.

Los resultados del seminario pueden resumirse en los siguientes conceptos, que el Dr. R. Passos Nogueira redactara:

La gestión de la calidad de la enseñanza médica es un estilo de gerencia universitaria que trata de aprovechar la experiencia de varios campos de actividad social y económica, en los cuales el enfoque de la calidad ha tenido éxito, y trata de promover una mayor satisfacción de los alumnos, los profesores, los funcionarios y de la sociedad en general respecto a las características y a los resultados de la enseñanza médica.

Es un enfoque que busca promover actitudes e iniciativas de perfeccionamiento continuo de los procesos, mediante el diálogo y la acción conjunta entre las partes interesadas, principalmente entre los profesores, los alumnos y los funcionarios.

Tiene como objetivo dos formas complementarias de cambio: cambio en las prácticas del programa de estudios (enseñanza, investigación y servicios) y cambio en la administración universitaria

No delinea un contenido definido para tales cambios, sino que aplica principios y métodos de actuación que condicionan su orientación.

Entre los principios figuran: la integración de las actividades, las funciones y las visiones institucionales; la desespecialización de los empleados; la unión entre la planificación, los conocimientos y la educación;

la educación permanente; el énfasis en la combinación de la educación general con la educación para desempeñar el trabajo; la flexibilidad en la concepción y la estructuración de nuevos procesos; la ética y la responsabilidad en el trabajo.

Entre los métodos figuran: el perfeccionamiento continuo de procedimientos mediante el uso de instrumentos discursivos y estadísticos para la solución de problemas; el intenso trabajo en grupo fuera de las actividades rutinarias; la formación de líderes en todos los niveles; la constante preocupación por la autoevaluación y por escuchar la opinión de los clientes externos (los alumnos, los pacientes, etc.).

Concebida de este modo, la gestión de la calidad de la enseñanza médica es una forma de trabajar con las personas para darles responsabilidades y concientizarlas respecto a los cambios que se tornan necesarios tanto en las prácticas del programa de estudios como en la gerencia universitaria; es decir, es una forma de hacer que las propias personas escojan el rumbo y la orientación de tales cambios, en la que los líderes internos desempeñan una función decisiva para dar ímpetu al ambiente de trabajo y no cejar en los propósitos.

Se concluyó que se habían logrado los objetivos iniciales de divulgación de un ideario y de sensibilización de la comunidad interna. La Comisión Coordinadora consideró el día 16 como marco de referencia del inicio efectivo de la puesta en práctica de la Gestión de la Calidad de la Educación Médica en la UEL.

MONTEVIDEO - URUGUAY

El **Dr. Luis Carbajal**, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, expone las principales actividades realizadas por la Facultad en la última década vinculadas a la evaluación de los diversos componentes del proceso de enseñanza, predominantemente de pregrado.

La aplicación a este nivel de un curriculum de ciclos integrados demandó cambios estructurales basados en la creación de Comisiones Coordinadoras en el seno de cada ciclo, donde coparticipan docentes, estudiantes y coordinadores ad-hoc nombrados directamente por el Consejo. El conjunto de estos últimos, constituye la Comisión de Coordinación Curricular que en la órbita del Departamento de Educación Médica monitorea el funcionamiento global del sistema de enseñanza de pregrado.

Los cambios introducidos han despertado el interés por conocer más detenidamente la realidad de la institución y el impacto de los mismos en los actores y sus prácticas. Así, uno de los programas innovadores, el de **docencia en la comunidad**, ha sido objeto de evaluación a través de asesorías externas y dos Encuentros Internacionales, lo que ha resultado muy útil para corregir algunos de sus defectos y permitir que en este momento coexistan dos modelos diferentes del programa.

El **curriculum** como un todo, es evaluado a través de una encuesta anual realizada a docentes y estudiantes, instrumento que ha servido para mostrar las dificultades de aplicación de una filosofía pedagógica que es en lo esencial compartida.

Los **servicios** se autoevaluaron a través de un cuestionario que registraba las opiniones individuales de sus integrantes después de un proceso de discusión interna, trasuntando un grado de satisfacción descendente, por un lado en el sentido docencia de pregrado /asistencia /docencia de posgrado /investigación, y por otro en el sentido planificación /ejecución /evaluación, con lo cual la máxima debilidad se asigna a la evaluación de la actividad investigativa que, paradójicamente, es una de las que más peso tienen al momento de las designaciones de docentes.

Las llamadas Jornadas de Integración Docente-Asistencial son bienales y adoptan la forma de taller; han servido para juzgar la formación **clínica** por parte de docentes, médicos de toda condición, provenientes de todo el territorio nacional y estudiantes de medicina.

La evaluación de los **docentes**, realizada por sus alumnos, ha revelado que éstos discriminan entre el mero saber y el saber enseñar. Finalmente, las pruebas de **evaluación diagnóstica** han permitido mejorar nuestro conocimiento de la población estudiantil tanto en el área cognitiva como en la actitudinal.

Las Jornadas intensivas de la Facultad que se desarrollaron en el 93 mostraron la necesidad de repensar en forma conjunta el continuum pregrado /posgrado /educación permanente y fortalecer la formación de nuestro médico en la disciplina ética y en metodologías de investigación y autoaprendizaje.

En el curso del presente año se realizaron, con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud, dos Talleres de **Planificación Estratégica** y uno de **Gestión de Calidad** que enfrentaron la Facultad a los principales problemas que debe abordar y suministraron las pautas para realizar esta tarea. Genéricamente son de tres órdenes:

- la contradicción entre el objetivo institucional de priorizar la atención primaria y el ejercicio de la medicina general versus la práctica hegemónica individualista y especializada.
- la masificación estudiantil, que había sido ya documentada en las Jornadas del 93.
- la masificación docente, en torno a la cual se generaron sendos grupos de gestión de calidad para tratar los relativo a la contratación y a la formación y superación del personal académico.



CALI - COLOMBIA

El Dr. **Héctor Raúl Echavarría**, narra que desde 1992, la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, Cali, ha desarrollado un proceso estratégico participativo para reestructurar radicalmente su currículum médico.

Para ello fue necesario replantear la Visión y la Misión de la Facultad con una redefinición de Objetivos y Estrategias en muchas áreas, cambiando la óptica institucional y disciplinaria por una mirada comunitaria, donde la Facultad acepta su compromiso y su papel en el contrato social, y define su Misión como "la búsqueda del bienestar de la comunidad a través de la formación de recursos humanos, la investigación y la extensión de salud".

Acepta también que parte de su misión es común con la de otras organizaciones estatales y sociales en los aspectos de promoción, prevención, curación, rehabilitación y desarrollo de políticas y modelos de atención en salud y desarrollo social.

En cuanto a su organización interna, la Facultad cambia la tradicional de Departamentos con un fuerte control médico por la de Escuelas. Cada una de ellas tiene un Director, una organización por Departamentos, Secciones y/o Programas, y cuenta con un Consejo de Escuela. Esta estructura permite la equidad entre las diferentes disciplinas, la administración, el control de gestión y el desarrollo.

Físicamente las áreas se replanean para que respondan a la nueva organización por Escuelas, se recuperan los espacios físicos que más lo necesitan, se inician trabajos para una nueva biblioteca, se crea una unidad de telemática (Sistemas de Información en Salud, SIMSA), y se realiza un desarrollo urbanístico que permita recrear las zonas comunes donde se puedan dar físicamente los espacios de encuentro y humanización que la reforma académica busca. Al mismo tiempo se procede a la actualización tecnológica en laboratorios, computadores y tecnología pedagógica.

Se crean nuevos espacios de liderazgo pasando de una organización de posiciones directivas que se renuevan muy poco, a una más flexible donde aparecen nuevas oportunidades directivas y se mide la gestión por resultados.

La Facultad reabre sus relaciones internacionales que la habían caracterizado desde su fundación en 1950 hasta el comienzo de la década de los setenta. Se hacen convenios con universidades en Norteamérica, en Europa y en Japón y con organizaciones estudiantiles internacionales; se vincula la institución con redes internacionales de educación médica (programa UNI de Kellog, convocatoria mundial de la OMS para el Cambio en la Educación y la Práctica Médica), se realizan proyectos internacionales de investigación y se inicia un programa de intercambio de estudiantes e internos con Estados Unidos y Europa.

En ese clima de replanteamiento de valores, reorganización y crítica interna, y análisis y participación en los procesos mundiales de cambio en la educación médica, la Escuela de Medicina comienza el cambio curricular con un grupo de trabajo en el segundo semestre de 1992 y con un proceso amplio y participativo a partir de enero de 1993.

Los principios generales de la reforma curricular incluyen:

- Interdisciplinariedad: En el rediseño curricular total y en el de cada uno de sus componentes, así como en la implementación y docencia directa con los estudiantes, participan además de los profesores de medicina, los de otras profesiones de salud, otras áreas de la universidad y miembros del sistema estatal de salud, Comunidad, INGs, asesores y estudiantes participan en la discusión conceptual.

- Integralidad: En la gran mayoría de espacios curriculares están representados todos los aspectos del proceso salud-enfermedad: promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como los componentes del conocimiento que conforman la educación médica: ciencias clínicas-básicas y sociales, humanismo, humanitarismo y ética.

- Flexibilidad: Parte del principio que los estudiantes tienen diferentes capacidades, gustos, habilidades y oportunidades, y que el manejo de la salud se enriquece con la presencia de médicos con diferentes enfoques y capacidades, a diferencia de lo que sucede con el modelo tradicional que pretende formar médicos uniformes.

- Humanismo: Pretende complementar la educación social y biológica con esos aspectos del ser humano que lo obligan con el país, el medio ambiente, la cultura y el deporte, es el espacio para conocer, discutir y aceptar otras culturas y otras ideas.

- Humanitarismo: La sensibilidad por los problemas del ser humano y la comunidad que han caracterizado la medicina, deben volver.

- Priorización Epidemiológica: El estudiante debe tener unos excelentes fundamentos básicos, sociales y clínicos pero no se le debe intentar enseñar toda la patología clínica existente. Esta debe priorizarse de acuerdo al perfil epidemiológico imperante.

- Orientación Comunitaria: El estudiante debe formarse en todos los niveles de atención pero se le debe dar importancia al contacto con la comunidad y a los niveles de atención donde se realizará la mayor parte de su práctica profesional futura.

- Enfoque desde la Salud: La posición tradicional de la Facultad de orientar la docencia desde el ángulo de la enfermedad, es replanteado.

- Conocimientos Mínimos: La estrategia de enseñarlo todo se cambia por la de unos contenidos mínimos que garanticen la calidad del acto médico.

- Problematización: La educación alrededor de situaciones y problemas reales de salud permite un mejor aprendizaje porque es posible ver la aplicación real de lo que se estudia, se construyen asociaciones que fijan mejor lo aprendido y se estimula el raciocinio.

- Autoeducación: El estudiante pasa de un rol pasivo a uno activo donde él mismo construye su conocimiento, siendo el docente un facilitador y un orientador. Esto permite una mejor formación, un mejor aprendizaje y da las bases para que la educación continúa, acompañe al futuro profesional.

- Utilización activa y sistemática de medios electrónicos incluyéndose métodos modernos de comunicación y consulta a base de datos, y programas docentes como simulación, anatomía, etc.

Una nueva Misión, un clima de Interdisciplinariedad y la Construcción permanente, crítica y participativa son el gran marco de referencia de la experiencia de Cali.

PINAR DEL RIO - CUBA

El Dr. Teobaldo Triana Torres, expone la experiencia realizada en Pinar del Río, Cuba, para un cambio conceptual en la educación permanente de los trabajadores de salud. Esta experiencia surgió en la ejecución el Proyecto "Salto Cualitativo", auspiciado por el Ministerio de Salud Pública y la OPS. Su objetivo esencial ha consistido en introducir, validar y generalizar la propuesta de reorientación de la Educación Permanente, de acuerdo con las condiciones concretas de Cuba.

El Proyecto ha propugnado la ejecución de una Propuesta Metodológica para la búsqueda de alternativas de interacción de los procesos de trabajo y educación en los servicios de salud, que posibilitara una serie de cambios en los procesos educativos. De este modo los mismos quedarán insertos en los propios servicios de salud, cuya problematización se convirtiera en el eje

Fundamental del aprendizaje y de la transformación de los trabajadores de la salud, así como de la calidad de los servicios que ellos brindan a la población.

La esencia del proyecto ha estado en la necesidad de potencializar la vinculación de la Facultad de Ciencias Médicas con la identificación y solución de los problemas de salud de la comunidad. Este sistema de educación permanente se inserta en un contexto, en el cual es imprescindible lograr un ambiente idóneo en el orden político, organizativo, motivacional y de dirección científica, que sea capaz de iniciarlo y mantenerlo sistemáticamente.

El Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM), trazó las pautas, orientó y guió el trabajo didáctico y metodológico a desarrollar con el fin de identificar y solucionar los principales problemas que inciden en la calidad de los servicios que recibe la comunidad, ofreciendo la metodología para su enfrentamiento.

La Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río ha constituido el centro coordinador e integrador que liderea el Proyecto, junto con la activa participación de la Dirección Provincial de Salud, realizando la concertación y negociación de los intereses de los respectivos factores que inciden en la garantía del estado de salud de la población.

De este trabajo pueden resaltarse las siguientes conclusiones:

- * El Proyecto "Salto Cualitativo" ha puesto en marcha la Propuesta Metodológica de reorientación de la Educación Permanente de los recursos humanos de la salud, validándola a través de la investigación-acción ejecutada, sobre la base de las posibilidades y necesidades de nuestra población, promoviendo el enfoque sistemático, integrado y contextualizado del perfeccionamiento en la atención primaria en salud.
- * La integración de la Facultad de Ciencias Médicas a los servicios de salud se ha favorecido al liderar este Proyecto con un fuerte componente comunitario, comprometiéndose en la identificación y solución de los problemas. A su vez esta interacción, basada en la negociación y concertación con todos los actores del proceso, también tuvo un impacto intramuros en todos los componentes del proceso curricular.
- * Este sistema de educación permanente ha propiciado que el proceso de capacitación se logre con un alto compromiso de los protagonistas y gran poder resolutivo, tanto por su alcance, rapidez, poder de adaptabilidad, creatividad y un bajo costo; todo lo cual fue demostrado en el enfrentamiento de la neuropatía epidémica; en la extensión de la Medicina Tradicional y Naturalista, así como en el desarrollo de la capacitación de los equipos de dirección. Se hace necesario lograr que en todas las áreas y policlínicos se alcance un nivel de desarrollo homogéneo.
- * La ejecución de este Proyecto posibilita la materialización de la nueva dimensión que de la calidad tiene la educación médica cubana, por su compromiso social, la participación en el sistema prestador de su claustro y estudiantado y la creación de las condiciones técnico-administrativas que propician la permanente actualización científico-técnica de los recursos humanos en salud.
- * Es necesario iniciar la verificación de la viabilidad, factibilidad y validación del Proyecto, mediante el desarrollo de un conjunto de investigaciones en el campo educativo en salud.

II. En búsqueda de la calidad

Trabajo en grupos

Las nuevas condiciones del contexto social y las transformaciones de la práctica médica colocan a la Universidad y a las Facultades de Medicina, frente a importantes definiciones sobre su desarrollo futuro. Una de ellas es la definición de su misión institucional ante los desafíos de la salud de la población en este contexto. ¿Cuáles serían los principales criterios o parámetros para la definición de esa nueva misión?

Fueron agregados a los presentados en la guía, otros referentes de la misión de la Universidad y de las Facultades de Medicina; entre ellos, las condiciones de salud de la población, las tendencias en la reorganización de los servicios de salud, las respuestas sociales emergentes, los avances científico-tecnológicos, el redimensionamiento de la ética y el fortalecimiento de la conciencia ciudadana. Situaciones que plantean a la Universidad y a las Facultades de Medicina nuevos retos y desafíos ineludibles si busca recuperar o mantener su legitimidad y pertinencia social.

La mayor parte de los grupos identificó misión con el quehacer o las funciones universitarias de docencia, investigación y extensión o servicios; muy pocos recuperaron el sentido estratégico de la misión como elemento básico de direccionalidad, que expresa la contribución social, el para qué existe la institución y cuál es su identidad social.

Desde esta perspectiva, se identifican diversas posiciones. Una, que no se necesita de una nueva misión, sino más que nada adaptar la ya existente (definida como la de servir a la sociedad, siendo su reserva intelectual y su conciencia crítica) a las nuevas condiciones.

Otras posiciones favorecen la definición de una nueva misión, mediada por un nuevo contrato social entre la Universidad y la Sociedad,

- basada en una profunda autocrítica;
- redimensionando e integrando lo académico, lo técnico, lo político y lo ético;
- desde un enfoque estratégico reconociendo y convocando a la participación de los múltiples actores/sujetos sociales (cuerpo docente, alumnos, personal de los servicios, comunidad y otros) para su viabilización y para posibilitar la identificación y compromiso con ella.

Esa nueva misión se sustentaría en los principios o valores de la equidad, la democracia, la eficiencia y la eficacia, la participación y la integralidad, para superar el riesgo de que los criterios gerenciales ahoguen los principios del compromiso social de la Universidad y superando las polarizaciones entre los intereses institucionales y las necesidades sociales, y entre lo científico y lo humanista.

La misión debe expresarse en el compromiso con la construcción de un nuevo paradigma de la salud y de la medicina, en la formación de profesionales capaces de entender y enfrentar críticamente las condiciones actuales de la práctica médica, en jugar un rol protagónico en la toma de decisiones que impactan en la salud de la población (políticas y planes entre ellas) y en la defensa del Derecho a la Salud.

2. ¿Cómo ve usted la posibilidad de adopción de estrategias participativas de diagnóstico y acción de la práctica educacional para el alcance de la nueva misión pretendida?

Hay un reconocimiento de que la legitimidad y credibilidad de las Facultades no debe definirse solamente desde y hacia adentro de las instituciones; que es necesario poner a la Universidad en perspectiva social, en diálogo o incluso en confrontación con otros actores sociales que condicionan lo que la Universidad y las Facultades son y pueden ser en el futuro.

El poco desarrollo de una "cultura de la participación" al interior de muchas de las Universidades y Facultades, hace necesario que éstas se involucren en procesos de "formación para la participación", formación enmarcada en los principios de la democracia y la solidaridad.

La adopción de estrategias participativas está limitada por la burocratización y por la poca flexibilidad administrativa de las Universidades, por la discontinuidad en la conducción y en el desarrollo de planes y proyectos, y por la poca capacidad institucional de responder rápidamente a nuevas situaciones y retos.

El desarrollo de instancias más pluralistas y suprainstitucionales, como los grupos de trabajo intersectoriales o interinstitucionales, los Consejos Nacionales de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), han permitido hacer diagnósticos más integrales y ubicar los procesos educativos en marcos más amplios. Se recomienda el análisis de las experiencias documentadas para retomar elementos que fortalezcan otros procesos en marcha.

Las estrategias participativas también deben convocar a los egresados de las Universidades, para poder tener una retroalimentación permanente de aquellos que están insertos en el mercado de trabajo. Lo anterior debería de acompañarse de cambios profundos en los enfoques y métodos de enseñanza-aprendizaje, de manera de posibilitar el egreso de sujetos con capacidad de autogestión y autoaprendizaje.

3. ¿Cómo se puede definir, dimensionar y evaluar la calidad de la Educación Médica, no solamente como excelencia técnica sino también como relevancia social?

La lectura de los relatos revela que varios grupos buscaron predominantemente establecer un consenso sobre el significado de los términos "excelencia técnica" y "relevancia social" de la Educación Médica. A pesar de que presentaron variaciones en la extensión o la profundidad con que fueron abordados los referidos términos, la consolidación de contribuciones de los diferentes grupos puede ser expresada de la siguiente manera:

- Excelencia técnica es un término que está comúnmente referido a la calificación del médico, relativo a su formación profesional de pre y posgraduación, lo mismo que al aparato tecnológico con que trabaja ese médico.
- Relevancia social se refiere a las implicancias prácticas o a los resultados esperados de actuación profesional que se expresan en impactos sobre las condiciones o los perfiles de la salud de la población.

Idealmente, la excelencia técnica debería reflejar los elementos de la relevancia social. Con todo, no es lo que se observa en la situación real de prácticamente todas las Escuelas Médicas. La principal explicación de esta disociación surge del significado práctico del término calidad, que está marcado por el enfoque que privilegia la calificación del agente y de los medios de trabajo, en

perjuicio de la razón de ser, del objeto del trabajo en salud, que es la propia salud de las personas y de los conjuntos poblacionales.

Con respecto a la pregunta realizada, igualmente se observa cierta dispersión en la extensión y en la profundidad con que tomaron posición los grupos de trabajo. Con todo, los siguientes aportes fueron presentados en diversos relatos:

- La definición de la calidad de la Educación Médica no debe tener validez o aceptación universal, pero debe reflejar el consenso social establecido en situaciones concretas; ese proceso de concertación debe involucrar a distintos actores interesados en la formación de profesionales de la salud: docentes, alumnos, la población (usuarios) y las organizaciones que brindan servicios (en especial las públicas).
- Como corolario del concepto anterior, el dimensionamiento y la evaluación de la calidad de la Educación Médica debe, igualmente, expresar el consenso y constituirse en procesos participativos más amplios, involucrando segmentos internos de las escuelas/universidades (docentes, alumnos y funcionarios administrativos), al igual que representante sociales externos (población e instituciones).

Con respecto a la definición de calidad, vale hacer referencia a las siguientes consideraciones presentadas por uno de los grupos de trabajo:

«Es necesario hacer conciencia del peligro que implica, por un lado, el no tener clara una definición, lo cual deja espacio abierto para la noción de calidad que intenta imponerse desde una lógica "gerencial", basada en la rentabilidad económica. Pero también hay que evitar el proyectar una imagen de calidad poco exigente, una especie de formación de "médicos de segunda", para una atención médica elemental.»

4. Los conceptos de calidad de la atención médica y calidad de la educación obedecen ambos al mismo paradigma. ¿Qué posibilidades y limitaciones puede tener la aplicación de modelos de mejoramiento de la calidad de la Educación Médica inspirados en aquellos que se utilizan en la práctica médica?

Las discusiones de los diversos grupos apuntan en el sentido de establecer diferentes enfoques estratégicos para la gestión de calidad en los servicios y en la educación, como consecuencia de la naturaleza diversa de esos dos procesos.

Esto no descarta, sino que por el contrario presupone la necesidad del desarrollo sinérgico de estrategias de gestión de calidad en los dos procesos, dado el carácter interactivo de los mismos. Dicho de otro modo, como no es posible disociar la educación de la práctica médica, tampoco sería razonable implementar propuestas de gestión de calidad volcadas exclusivamente hacia uno de esos procesos.

El principal riesgo, según algunos de los relatos de grupo, en proponer la aplicación directa de modelos de gestión de calidad en servicios para la Educación Médica, sería perpetuar la formación biologicista y tecnicista, ya que estas son las pautas del actual modelo asistencial, las cuales signan los propios modelos de gestión de esos servicios.

De ese modo, aunque se reconozca como válido aprovechar para la mejora de la calidad de la Educación Médica —cuando se considere adecuado—, parte de la vasta experiencia en

modelos de mejora de calidad de los servicios, lo más recomendable es buscar desarrollar propuestas más acordes con las peculiaridades del proceso educativo.

Cuando se habla de calidad en educación, se debe considerar que el elemento central de ese proceso es la comunicación. Cuando se habla de Educación Médica, lo que está en juego es un proceso particular de comunicación entre actores peculiares, que son los alumnos y los profesores, situados en un contexto también peculiar, que es la escuela médica.

Por todo lo expuesto, lo más ponderado es reconocer la necesidad de un mejor desarrollo conceptual y doctrinario del tema de la gestión de calidad en Educación Médica, sin descuidar la realización de experiencias concretas en esa área, inclusive porque esa sería la forma de convalidación de los esfuerzos en el campo teórico.

MOMENTO APLICATIVO

El momento aplicativo del Encuentro se organizó en tres actividades diferenciadas. En la primera (Un mandato de Calidad), presidida por el **Dr. Pablo Pulido (FEPAFEM)**, se presentaron tres experiencias nacionales interinstitucionales que se orientan de diferente manera y con diferentes objetivos a la evaluación de la Educación Médica.

En la segunda (Construcción de Viabilidad), bajo la conducción del **Dr. Julio Enrique Ospina**, se presentaron experiencias subregionales y nacionales de construcción de enfoques y procesos para evaluar de manera concertada la Educación Médica enfatizando la calidad.

En la tercera, se realizó una reflexión y debate en grupos organizados por países o grupos de países acerca de los procesos de evaluación de la Educación Médica, a la luz de las experiencias presentadas.

I. Un mandato de calidad

En este momento se presentaron tres experiencias evaluativas de diferente alcance y naturaleza: la experiencia de la American Medical Association (AMA) en EEUU y Canadá, la experiencia mexicana de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos y la de Brasil de la Comisión Interinstitucional Nacional de Evaluación de la Educación Médica (CINAEM).

La experiencia norteamericana en evaluación de la competencia profesional y de la Educación Médica

El **Dr. Carlos Martini**, Vice Presidente de Educación Médica de la American Medical Association (AMA), presentó la experiencia norteamericana en evaluación de la competencia profesional en relación con la Educación Médica. Fue enfático al indicar la interrelación que existe entre los procesos de evaluación de la competencia individual (certificación) y los de evaluación de la Educación Médica (acreditación de programas educacionales).

Los procesos que ahora se denominan certificación son en esencia evaluación de la competencia técnica profesional, y desde ese punto de vista tienen antecedentes históricos antiguos y son comunes, en sus orígenes y formas básicas de realizar, a muchas profesiones. El proceso de otorgar licencias para el ejercicio de alguna práctica definida es un mecanismo de control que desde hace varios siglos utilizan los Estados. En los Estados Unidos se institucionalizan los procesos de certificación desde mediados del siglo XIX, en un contexto de auge de diversas escuelas de pensamiento médico y de mayor intervención estatal para velar por la seguridad de la población y no dejar en manos de las diversas sociedades médicas el otorgamiento de las licencias.

Desde los inicios de este siglo la AMA empezó a impulsar activamente nuevos requisitos para la evaluación de la competencia profesional, a cuestionar el papel estatal y a tener un rol protagónico en estos procesos. Es así que solicita y participa del estudio de Flexner, que es un hito en el desarrollo de la llamada medicina científica. En este punto, sin embargo, el ponente enfatizó, desde su punto de vista, dos elementos que contribuyen al debate en este encuentro:

- * el uso político que realizara la AMA del informe Flexner para desarrollar procesos estandarizados y universales para evaluar la competencia y la Educación Médica y la formación de posgrado médico en EEUU y Canadá (acreditación).
- * la inexistencia de un modelo flexneriano de formación médica, al considerar que dicho informe no hizo más que institucionalizar tendencias educativas y de práctica ya en marcha.

Desde 1917 la AMA, por medio de organismos ad-hoc, promueve y realiza exámenes estandarizados de ingreso y de competencia profesional y de revalidación (para extranjeros), basados en criterios normativos derivados de la observación previa del comportamiento de grupos control. Se trata de procesos complejos que no están exentos de cuestionamientos conceptuales y metodológicos. Es notorio el interés que en otros países concita el examen de la ECFMG, que desde 1995 incorpora elementos de evaluación de destrezas clínicas, existiendo en la actualidad algún proyecto —controvertido— de adoptarlo como criterio universal de calidad de la Educación Médica.

La evaluación de la Educación Médica que la AMA impulsa, junto a la Asociación Americana de Escuelas de Medicina en un Comité de Enlace de Educación Médica, se realiza por medio de los procesos de acreditación de programas educativos. Dicho proceso se basa en tres principios: voluntario, educativo no punitivo y realizado por pares. Al mismo tiempo es un proceso regulado por el Estado a través del Departamento de Educación, quien evalúa al organismo acreditador (el comité de enlace).

El enfoque de acreditación supone un proceso de autoanálisis y la evaluación externa por expertos nombrados por el organismo acreditador. Se realiza cada siete años y se basa en criterios normativos estrictos, revisados periódicamente, y sus resultados son de dominio público. Debe incluir la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado de los programas educativos, aunque hasta ahora ha estado basada en las dos primeras dimensiones. Se enfatizó el hecho que se acreditan los programas y no las instituciones, así como que la acreditación no conlleva una clasificación de las Facultades.

La acreditación no está exenta de críticas. Las más importantes se refieren al desarrollo de las normas, a la variabilidad que conlleva la modalidad de visitas de los expertos y a la falta de

sanciones negativas. No obstante, el balance, en la perspectiva del Dr. Martini es positivo, calificando a este mecanismo como el mejor que existe para la evaluación de programas.

Quedó bastante claro que el proceso de acreditación que impulsa la AMA responde a las especificidades históricas, políticas, sociales y económicas de los Estados Unidos así como a la organización de la atención y la Educación Médica en ese país. Existe por tanto en Estados Unidos y Canadá una importante experiencia acumulada sobre dos modos de evaluar la formación y el desempeño médicos: los exámenes nacionales estandarizados y la acreditación de programas. La AMA, por intermedio del expositor, ofreció colaboración a los países e instituciones que tuvieran interés en desarrollar mecanismos similares.

La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS)

La experiencia de la CIFRHS fue presentada por el **Dr. Julio Cacho Salazar**. La Comisión se creó por iniciativa gubernamental en 1983 con el objetivo de constituir un ámbito de responsabilidad compartida entre instituciones educativas y de salud en lo referente a la formación y capacitación del personal de salud. Sus funciones son básicamente de coordinación entre ambos sectores y sus instituciones, formulación de diagnósticos sobre la formación de recursos humanos, definición de perfiles profesionales y la búsqueda de modos de adecuar la distribución del personal. En lo institucional se define como órgano consultivo de las Secretarías de Salud, de Educación y de otras instancias públicas relacionadas con el proceso de formación de personal de salud.

En ese marco sus acciones se orientan a impulsar la vinculación de la atención y la docencia, definir criterios técnicos y emitir opinión sobre apertura y funcionamiento de instituciones formadoras de las diversas categorías de personal, definir criterios de selección de alumnos de pre y posgrado, así como de docentes; proponer procedimientos de evaluación de planes y programas educativos, a promover y establecer sistemas de educación continua, y a mejorar el servicio social, adecuándolo tanto a las necesidades educacionales como de la población.

Se integra con representantes de las Secretarías de Salud y de Educación —quienes copresiden—, de Hacienda y Crédito, de los institutos de Seguridad Social, de instituciones estatales de promoción social, académicas, científicas, profesionales y gremiales. Se organiza para su funcionamiento en cuatro comités: de enseñanza de pregrado y servicio social, de posgrado y educación continua, de formación de personal técnico y de planeación de recursos humanos.

Se reseñaron los principales productos en las más importantes áreas de acción. En lo referente a programación de personal se han elaborado formularios, módulos de capacitación y criterios técnicos para programación de recursos humanos. En el área de pregrado y servicio social se han elaborado recomendaciones para racionalizar el ingreso de estudiantes a las Facultades tratando de fomentar el ingreso a las carreras de Salud, recomendaciones de criterios mínimos —preparadas por un grupo intersectorial— para regular la apertura y funcionamiento de Escuelas y Facultades, normas técnicas para formar profesionales y técnicos, y sobre áreas definidas como prioritarias (uso de campos clínicos, programas de internado, servicio social, etc.).

En el área de formación de posgrado y educación continua se han formulado diagnósticos, definido criterios y guías para evaluación de programas de educación continua, para programación, organización y funcionamiento de residencias médicas.

Un logro considerado importante por el expositor ha sido el diseño concertado y el establecimiento de un examen nacional de conocimientos médicos para seleccionar los ingresantes a las residencias médicas.

La CIFRHS considera necesario continuar fortaleciendo la articulación educación-salud para el logro de un equilibrio entre oferta y demanda de personal, considerando los cambios del contexto y las tendencias emergentes. Sin embargo, se hizo explícita una preocupación por orientar su acción a contribuir a resolver los problemas de calidad de la formación en salud, así como promover la formación de profesionales y técnicos en algunas áreas críticas.

La experiencia de la CINAEM de Brasil

El Dr. William Saad, quien actualmente es Presidente de la Asociación Brasileña de Educación Médica y de la CINAEM, presentó la experiencia de cuatro años de trabajo de esta Comisión, orientada a la evaluación de la Educación Médica como un medio para la promoción de cambios de acuerdo a las necesidades y especificidades propias de cada Escuela y de su entorno social.

La CINAEM es un producto de dos procesos importantes en el campo de la salud en Brasil durante la pasada década: la reformulación de la política y del sistema de salud impulsada desde la 8ª Conferencia Nacional de Salud y el mandato constitucional de 1988, y la necesidad de adecuar la formación médica a las necesidades sociales. La cuestión educativa, configurada en mucho por la extensión de la oferta de Escuelas Médicas de los años sesenta y setenta, era enfrentada principalmente con propuestas de reformulación curricular y no daba los resultados esperados, máxime si se consideraban los dinámicos cambios en la práctica y organización de la atención médica.

La posibilidad de evaluar el proceso educativo, por medio de un examen de ordenación, fue contemplada y rechazada por ser considerada puntual, insuficiente e inadecuada, ya que sólo evalúa el producto. La búsqueda de un mecanismo más adecuado para una aproximación evaluativa integral a la formación del médico, dio por resultado la creación de la CINAEM en 1991.

La CINAEM es un organismo representativo multiinstitucional, directamente comprometido con la formación y el ejercicio de la profesión médica. Se ha conformado por la participación de la ABEM, del Consejo Federal de Medicina, la Directiva Nacional de los estudiantes, el Consejo de Rectores, asociaciones y federaciones gremiales de médicos y docentes, y por dos Consejos regionales de Medicina (Sao Paulo y Rio de Janeiro).

La CINAEM, según su Presidente, ha optado por un enfoque basado en que la evaluación no es un fin en sí misma, sino un medio para impulsar los cambios necesarios. Se propuso generar instrumentos y mecanismos para frenar el crecimiento desordenado de Escuelas.

Para ello se planteó un trabajo en dos fases sucesivas: una primera de diagnóstico y una segunda de intervención. La primera fase ha consistido en un estudio de la situación de la Educación Médica, utilizando un instrumento basado en una metodología propuesta por la OPS en 1980. Este estudio abarcó el 98% de las Escuelas y produjo un cuerpo de resultados y comentarios que fue enviado a las Escuelas participantes, tratando de que dicha información se constituyera en objeto de análisis y discusión y un insumo para los cambios institucionales.

Los resultados muestran que alrededor del 50% de las Escuelas se ubican dentro de lo deseable, según los criterios definidos. En el análisis multivariado se observa que el producto final —el médico formado— posee una asociación significativa con el modelo pedagógico —y por tanto con los recursos humanos docentes— y con la estructura económico administrativa.

Estas informaciones son un insumo esencial para la segunda fase del estudio —más complejo— que se concentrará en aquellos elementos encontrados críticos para construir un proceso participativo de evaluación integral de la calidad de la Educación Médica.

II. Construcción de viabilidad.

VENEZUELA

La experiencia venezolana fue presentada por el **Dr. Leonardo Montilva**, Decano de la Facultad de Medicina de Barquisimeto.

Desde una perspectiva histórica, se presentó un análisis de la Educación Médica concebida como una práctica social en permanente transformación y de los desafíos que el contexto actual imprime en ella.

A partir de una revisión del camino recorrido, se definió el compromiso que las Facultades y Escuelas de Medicina venezolanas asumen en la transformación de sus procesos educativos para alcanzar una mayor coherencia entre los egresados y los requerimientos de la sociedad, utilizando como estrategia la gestión de calidad en Educación Médica.

La propuesta para dar viabilidad al proceso de desarrollo de la calidad de la Educación Médica venezolana contempla cuatro momentos: de construcción de consenso de los niveles directivos de las Facultades y Escuelas de Medicina —que incluye el análisis y definición colectiva de las categorías calidad y gestión de calidad—, de formulación de la misión de las instituciones de educación superior en salud, de establecimiento del perfil educacional del egresado acorde a la misión y, por último, de delimitación de los elementos y factores necesarios para el cumplimiento del proceso de gestión propuesto.

Una segunda etapa prevé el diseño de la estrategia para la instrumentación del proceso, donde se valoran las fuerzas, se identifican los actores y sus posiciones para generar las condiciones de viabilidad necesarias.

Finalmente se propuso una instancia de aplicación y de prueba del modelo de gestión de calidad en la Educación Médica institucional e interinstitucional, a ser ejecutado y cuyo cumplimiento permitirá validar lo propuesto.

CENTROAMERICA

El **Dr. Jafeth Cabrera**, Rector de la Universidad de San Carlos de Guatemala, señaló que la formación del recurso humano es una tarea de gran responsabilidad, cuyos resultados se prueban frente a realidades concretas, produciendo resultados que pueden visualizarse en largos plazos,

reflejando el impacto de decisiones tomadas en el pasado, que si bien no pueden ser modificadas rápidamente, deben ser consideradas y evaluadas críticamente.

Las características del recurso humano formado se ponen a prueba frente al espacio de la práctica, que muchas veces exige habilidades, conocimientos y actitudes diferentes a las que dicho recurso posee. El momento actual, según el expositor, encuentra una concentración de médicos en las áreas urbanas, altos índices de subempleo y desempleo, creciente tendencia a la especialización relacionada a las actitudes prevalentes en los servicios de salud, predominantemente curativos y donde la práctica liberal y sus beneficios aparecen como el modelo a reproducir.

Un elemento determinante para la situación de la Educación Médica y su proyección, es considerar las políticas neoliberales y las crecientes restricciones que imponen al sector social en general y de la salud en particular.

Las Facultades de Medicina deben incluir en la formación de sus estudiantes una visión de la problemática del mercado de trabajo y las condiciones laborales a las que se expondrá el futuro profesional como información necesaria en la toma de decisiones.

Es importante, anotó, que la responsabilidad de formar un personal de salud que responda a las exigencias del contexto, la historia y la política, no es exclusiva de la Universidad, sino una cuestión de Estado.

En este contexto, y respetando el derecho a que cada país construya sus parámetros de calidad a partir del análisis de sus condiciones concretas, se propone un MEDICO PARA EL SIGLO XXI que se adapte en forma integral al contexto socio-cultural y político y a la realidad local; con dedicación parcial o total a la medicina en función de la demanda real; con utilización del tiempo excedente en actividades productivas materiales e intelectuales; con éxito profesional sustentado en la calidad de la atención médica que presta; y con éxito existencial fundamentado en la congruencia de su práctica y su filosofía.

BOLIVIA

La **Dra. Nila Heredia** Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Andrés de La Paz, inició la presentación señalando que las referencias realizadas en dos conferencias previas en esta reunión, sobre Bolivia, sean consideradas más como expresión de una generalidad de la situación de los países latinoamericanos antes que como excepción.

La experiencia boliviana refleja un proceso que se establece a través de momentos y espacios de trabajo colectivo de las tres Facultades de Medicina, organizadas en la Asociación Boliviana de Facultades de Medicina (ABOLFAM).

A partir de una autoevaluación universitaria se establecieron puntos comunes en la problemática institucional ante la que se estructuró una propuesta de trabajo conjunto, aplicando metodologías de análisis prospectivo y planificación estratégica.

El análisis del contexto externo muestra como elementos marcantes la influencia de la política económica y social, la necesidad institucional de concertación frente a condiciones de creciente restricción, de mejorar el conocimiento del perfil epidemiológico nacional y regional, así como de las condiciones de la práctica profesional como elementos orientadores de la formación del recurso humano de salud.

El análisis del contexto interno pone en evidencia un modelo educativo predominantemente curativo, biologicista e individual, con altas cargas de práctica intramural, y debilidad administrativa, financiera y de infraestructura.

El problema a enfrentar es la insuficiente práctica extramural y la escasa relación con la población. Frente a esto se establece, como meta central de las Facultades, mejorar el estado de salud de los sectores populares a través de la formación de recursos humanos competentes, del acceso equitativo a los servicios de salud y beneficios públicos, de la equidad en la distribución y acceso al poder, de la democratización del saber manteniendo la utopía de la salud para todos.

Se ha desarrollado un programa de intervención que consta de varias etapas. Una de ellas consiste en el acercamiento a las instituciones del sector a través de la firma de un convenio entre el Ministerio, las Universidades y el Colegio Médico, lo que ha permitido integrar esfuerzos y recursos. Otra consiste en el fortalecimiento de programas ya existentes y la elaboración y ejecución de programas de intervención a nivel formativo y de investigación.

Al momento actual, se han logrado experiencias de reforma curricular que han permitido diseñar un modelo de interacción social en ejecución en la comunidad de Viacha, se ha iniciado un proceso de reestructuración interna y trabajo interinstitucional amplio en la Universidad Mayor de San Simón y se encuentra en ejecución un proyecto de reforma educativa a través del Proyecto UNI en Universidad de San Francisco Javier.

MEXICO

La presentación estuvo a cargo del **Dr. Ramiro Sandoval**. El trabajo desarrollado por México se ha basado en un análisis de las condiciones del contexto nacional e internacional, específicamente la desregulación económica y social, la suscripción del tratado de libre comercio de Norteamérica y sus implicaciones, el desplazamiento de objetivos hacia la calidad y productividad, así como la situación del mercado de trabajo del personal de salud y las características de la práctica médica.

Con estas consideraciones puntualizó la necesidad de crear una instancia de acreditación y de desarrollo académico no gubernamental con respeto a la autonomía de cada Escuela y la necesidad de apoyar el desarrollo académico de las Universidades.

El Programa de Fortalecimiento de la Calidad de la Educación en las Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM), es un conjunto de normas académicas, técnicas y administrativas que tiene como finalidad regular, orientar y conducir la Educación Médica impartida en las Escuelas y Facultades de México, a través de los cauces de la calidad y la excelencia educativas.

Esta propuesta incluye varios elementos: un planteamiento del problema, la selección de indicadores de calidad diseñados y aprobados por consenso por representantes de 45 Escuelas de Medicina, la elaboración de estándares de calidad y de instrumentos de medición de cada estándar definido, la elaboración de procedimientos y reglamentos de acreditación y la comparación y compatibilización con sistemas de acreditación de otros países.

Los indicadores utilizados evalúan gobierno y orientación institucional, plan de estudios y estructura académica, evaluación permanente del proceso educativo, estudiantes, profesores, coherencia institucional, recursos financieros y de infraestructura, campos clínicos o experiencia

de campo y administración. El programa se empezará a ejecutar a partir de enero de 1995 y se considera como un mecanismo para incrementar la calidad de la Educación Médica en ese país.

REPUBLICA DOMINICANA

El **Dr. César Mella Mejía**, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, presentó la experiencia de su país en el desarrollo de la calidad en la Educación Médica. En primer lugar, expresó que la reunión de estos días permite compartir los sentimientos de frustración y éxito de los educadores de la salud, y el impacto que la rutina, las dificultades de actualización y las pésimas condiciones laborales ejercen en los recursos humanos que tienen como tarea formar otros recursos como ellos.

En este momento de crisis que afecta a nuestros países y a cada uno de nosotros como individuos, cabe preguntarse cómo buscar calidad en el quehacer de la Educación Médica sin pasar por la búsqueda de mejores condiciones de vida para el educador y la recuperación de su liderazgo en esta compleja tarea.

Existe inconformidad con el producto que las Facultades ofrecen; se habla de una ética alienante que prepara médicos para la migración y para sectores exclusivos de la población; se ha definido a las Universidades como anarquías organizadas, que no evalúan el origen de ciertos hechos —como los altos niveles de especialización— que se originan en el propio modelo de Educación Médica autoritario, excluyente de otras profesiones de la salud, curativo e individual.

Todo lo expuesto conduce a afirmar la necesidad de una reforma global de la Universidad, que debe considerar algunas cuestiones fundamentales como la capacidad de las Escuelas de Medicina para producir servicios, el impacto de la autogestión universitaria como factor excluyente de la población de bajos ingresos, la diferencia o semejanza de conceptos como comercialización y privatización de la Educación Médica, entre otros.

Cada país deberá establecer sus criterios de calidad, reflexionar sobre su realidad concreta y sus limitaciones, encontrar espacios de participación y acción que apuntalen el compromiso del Estado de asegurar el Derecho a la Salud. En suma, que permitan generar las condiciones necesarias para formar un médico renovado para tiempos de crisis, más humano, con un trasfondo profundamente ético, con alto nivel técnico científico y que, en el marco de la reforma, defienda los principios de equidad y calidad.

III Estrategias nacionales para la calidad de la educación y práctica médicas. Asegurando la continuidad del proceso

Trabajo en grupos

En esta actividad se plantearon tres cuestiones principales en forma de preguntas para la discusión de grupos reunidos por pertenencia a un país o grupos de países. Ellas fueron:

- 1 - Elementos de una propuesta de evaluación de la Educación Médica.
- 2 - Las posibilidades nacionales para el desarrollo de criterios y mecanismos de acreditación de programas de formación médica.

3 - Los criterios y mecanismos de acción concertada para mejorar la Educación Médica con énfasis en la calidad y los mecanismos de cooperación.

De manera general se aprecian grandes coincidencias acerca de estas cuestiones entre los diversos grupos. Esta parte del informe trata de sintetizar esas coincidencias y, en los casos necesarios, dadas las particularidades nacionales, se resaltarán las diferencias. Se consideran como anexos todos los informes de los grupos.

1. ¿Qué elementos se deberían considerar en una propuesta de evaluación de la Educación Médica en el contexto que se viene analizando en este Encuentro?

La mayoría de los grupos posee un enfoque integral y sistémico de un proceso de evaluación de la Educación Médica. Ese enfoque es integral en la medida que ubica la Educación Médica, en tanto práctica técnica y social diferenciada, en interrelación no sólo con la práctica médica sino también con las necesidades de salud, en el contexto general e institucional en que ambas se integran. Se enfatiza mayoritariamente que esta mirada integral se basa en una perspectiva histórica de su desarrollo. Se debe resaltar que varios grupos realizaron, previamente, un ejercicio de identificación de problemas que dificultan un cambio positivo de la Educación Médica.

Ese enfoque es integral, asimismo, porque contempla otros atributos importantes:

- ser un proceso participativo, considerando no sólo a los actores institucionales de la Educación Médica (dirigentes, docentes, estudiantes, funcionarios), sino también a otros tanto del Estado como de la sociedad.
- ser un proceso de construcción colectiva de acuerdos (entre los principales, la misión institucional y el concepto de calidad que se asuma) y de condiciones favorables a un cambio que se define por determinaciones de su propio contexto y, mayoritariamente, con criterio prospectivo.

Por otro lado se identifica una concepción sistémica de la evaluación de la Educación Médica.

Así, se evidencia en varios grupos el uso de un modelo básico que resalta como dimensiones a tener en cuenta: el proceso propiamente dicho, los resultados y el impacto de la Educación Médica. Algunos grupos integran, a ese modelo básico, un componente de insumos o recursos, mientras que otros se refieren con similar intencionalidad al contexto.

En esa perspectiva se señala repetidamente, sobre la base de experiencias concretas, que los procesos de reformulación curricular deben contemplar, también, la transformación de las estructuras académicas y administrativas y las condiciones de infraestructura educacional, para garantizar criterios mínimos de calidad de enseñanza.

Es muy interesante constatar que esta manera de concebir la evaluación está siendo puesta en práctica en varios países, con algunas diferencias de matices, niveles de desarrollo y objetivos. En casi todos esos casos —como también en otros que no se ubican en esta perspectiva— se ha hecho o se va haciendo indispensable la definición concertada de un concepto o visión de calidad.

2. ¿Qué posibilidades existen en su país para desarrollar criterios y mecanismos de acreditación de programas de Educación Médica?

En todos los casos, los grupos de trabajo expresan acuerdo con respecto a la necesidad de impulsar procesos de acreditación de programas de formación médica, como mecanismos de evaluación e instrumentos para impulsar la mejoría de la calidad educativa.

Sin embargo, como es razonable esperar, las diferencias se refieren a los procesos de implementación. Esas diferencias, que rescatan algunas experiencias concretas, van desde países que están en un proceso de debate acerca de la pertinencia de un determinado modelo evaluativo, pasando por otros que están definiendo concertadamente los criterios para acreditar con una periodicidad determinada, hasta países que ya tienen definidos mandatos legales y vigencia de instrumentos jurídicos en aplicación.

Es muy importante destacar que en aquellos casos —y varios grupos lo señalaron— que están en proceso de definir criterios para acreditar programas, éste se concibe como un proceso participativo del conjunto de Facultades y Escuelas de Medicina. Es de justicia resaltar el rol positivo que han jugado y vienen teniendo las asociaciones nacionales para motivar y hacer viables los acuerdos. Sin embargo, también se debe reconocer que en un buen número de casos estas iniciativas no contemplan el rol del Estado, reivindicando en este contexto la autonomía universitaria. De similar forma, plantean serias reservas a los mecanismos de evaluación externa, propiciando, por lo contrario, nuevas formas institucionales de participación de pares en la evaluación. En general se enfatiza que la evaluación debe ser realizada por los pares. Un caso especial lo constituyen los países del Caribe de habla inglesa, quienes no rechazan la evaluación externa y la recomiendan, proponiendo mecanismos subregionales —aunque conformados por miembros de los Consejos médicos de la subregión. Es interesante que en este contexto hayan propuesto la creación de una Asociación de Facultades y Escuelas Médicas del Caribe.

Aparece con claridad el estímulo que los procesos de integración subregional —en especial NAFTA y el MERCOSUR— han imprimido sobre las iniciativas de acreditación en los países participantes. Estas iniciativas no sólo comprenden procesos de acreditación de programas de formación con fines de homologación, sino también acuerdos que hacen a la regulación de profesiones, considerando los nuevos escenarios de los mercados laborales y de la circulación de la fuerza de trabajo.

3. Proponga criterios y mecanismos de concertación de iniciativas, esfuerzos y procesos orientados al mejoramiento de la calidad de la Educación Médica. ¿Qué modalidades de cooperación interinstitucional, nacional e internacional deberían ser consideradas para fortalecer esos esfuerzos de concertación?

La mayoría de los grupos coincidieron en la necesidad de generar instancias de concertación que convoquen a todos los actores involucrados en esta problemática, en especial a la población. Sin embargo, parece prevalecer una idea de concertación como un mecanismo de mayor alcance que supera los fines de evaluación, para generar poder político que permita una proyección externa y mayores posibilidades de obtener recursos o condiciones en la actual situación de crisis.

Por otro lado, permitiría articular propuestas interinstitucionales concretas y realizar los cambios internos que se requieran en pro de una mejoría de la calidad en la Educación Médica. Se

plantea también la necesidad de optar por iniciativas concretas y de generar para ellas la viabilidad política y la base social que aseguren su estabilidad y continuidad.

Se ha expresado una amplia aceptación a la propuesta de gestión de calidad para la Educación Médica y se propone la necesidad de esclarecer y difundir los conceptos que la componen, para superar prejuicios, temores o desconfianza que con frecuencia acompañan a las propuestas y mecanismos de evaluación y acreditación. Aparece claramente la escasa diferenciación entre lo que se entiende por gestión de calidad, por acreditación, y la relación que existe entre ellos, aunque parece fortalecerse la idea de que ambos pueden constituir factores de progreso y mejoramiento de las condiciones en que la Educación Médica se desarrolla en los distintos países.

Se plantearon, como elementos fundamentales para elevar la calidad de la Educación Médica, la profesionalización del docente, la instauración de mecanismos de certificación de su desempeño pedagógico y el mejoramiento de las condiciones de su práctica. En lo referente a nuevos contenidos, que reflejarían una mejor calidad de la formación, se incluyen los principios de una nueva ética que rescate la equidad, la multidisciplinariedad y la educación entendida como un proceso permanente. En general se planteó la necesidad de un cambio de actitud del demos universitario.

Algunos grupos manifestaron su preocupación por los aspectos éticos y de equidad en los procesos de elección de carrera y de selección de los postulantes a esa carrera: la opción por la medicina no debe estar basada enteramente en criterios de status o de incentivos económicos. Debe insistirse en la calidad de servicio social que es intrínseca a esta profesión.

Es interesante mencionar que la opinión de los grupos aún traduce una centralización del éxito de la educación en la figura del docente.

Entre los mecanismos concretos a desarrollarse se mencionan la búsqueda de modos de integración nacional, regional e internacional para el desarrollo conjunto en temas como la información científico técnica y para la gestión de la calidad, el fomento de la investigación y el intercambio de experiencias, de alumnos y de docentes. Se proponen mecanismos de organización del trabajo nacional para el mejoramiento de la calidad de la Educación Médica basados en una estructura de redes colaborativas interinstitucionales, que no solamente compartan la información o fortalezcan los procesos en marcha, sino que también permitan un mejor aprovechamiento de las posibilidades nacionales e internacionales de cooperación técnica y financiera.

En algunos grupos se manifestó con claridad la necesidad de promover esfuerzos de integración subregional para compartir y potenciar las experiencias nacionales.

DECLARACION DE URUGUAY

Las Facultades y Escuelas de Medicina y las Asociaciones integradas en ALAFEM* y FEPAFEM** respectivamente, luego de un amplio debate, en el marco del **Encuentro Continental de Educación Médica**, con la participación activa de centenares de educadores, médicos, representantes de los servicios de salud y estudiantes de medicina,

CONSIDERANDO:

-que las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada por la mayoría de los países del Continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de condiciones de vida de forma a promover con equidad, mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones,

-y que en este mismo marco el médico y el equipo de salud viene adoptando formas de ejercicios profesionales subordinadas a los mecanismos de mercado no aplicables directamente en el campo de la salud, con el agravante inaceptable de la segmentación social de la formación ajustada a diferencias del poder adquisitivo entre sectores sociales.

CONSCIENTES: de la insuficiencia de los esfuerzos desarrollados por las diferentes entidades ligadas a la educación médica que no han producido cambios concretos de la posición de las escuelas frente a los desafíos provocados por la necesidad de salud, el agravamiento del cuadro social, y el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías y procesos.

EXPRESAN

UN COMPROMISO: de orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones.

UNA CONVOCATORIA: para la implementación de las transformaciones necesarias que aseguren una formación médica de la más elevada calidad en términos técnicos y de relevancia social y una posterior incorporación a modelos asistenciales humanizados y equitativos.

UNA DEMANDA: de movilización de la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y justicia social.

Punta del Este, Uruguay, 14 de octubre de 1994

* Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina

** Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina

Entrega del título de Profesor Ad-Honorem de la Facultad de Medicina al Dr. Carlyle Guerra de Macedo.

*Palabras del señor Decano de la Facultad de Medicina de Uruguay,
Prof. Dr. Eduardo Touya*

Dr. Carlyle Guerra de Macedo:

Como decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, tengo el alto honor de representar en este momento al Consejo de la Facultad.

El Consejo de nuestra Casa de Estudios compartiendo el reconocimiento que toda la región ha hecho siempre a su actuación como Director de la Organización Panamericana de la Salud, ha decidido entregarle el título de Profesor Ad Honorem de la Facultad de Medicina del Uruguay.

Fundamenta dicha decisión en los siguientes conceptos:

En primer lugar, el esfuerzo que usted ha hecho por promover, para la población de las Américas, la mejor calidad de vida posible, dentro de las duras limitaciones que sufren grandes sectores de nuestra población.

En segundo término, ha considerado su alta capacidad e inteligencia, al haber sabido alcanzar distintos logros, a pesar de las limitaciones de nuestros países; hoy las Américas reconocen que la vida del ser humano es el centro de nuestras sociedades.

Tercero, usted ha promovido como sustanciales los valores humanos y la defensa de la vida.

En cuarto lugar, el apoyo que ha dado a nuestra Casa de Estudios y a este país a nivel de sus servicios asistenciales.

Por todos estos fundamentos es que, humildemente, con gran cariño, ha resuelto, como otras Casas de Estudios de América, solicitarle que nos haga el alto honor, de ser docente de ella. Porque usted se lo merece y porque nosotros precisamos de figuras y actuaciones como la suya, para enseñarles a nuestros estudiantes cuáles deben ser los caminos a recorrer en pos de las transformaciones tan necesarias para el futuro.

Dr. Carlyle, el Consejo de la Facultad tiene el alto honor de designarlo a usted, Profesor Ad Honorem de la Facultad de Medicina.

*Palabras del Dr. Carlyle Guerra de Macedo,
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

Estimados señores Presidentes de FEPAFEM, ALAFEM —Presidente actual y Presidente electo—, estimados colegas, amigas y amigos:

Tengo el privilegio de llegar a este Encuentro en su etapa final, pero por lo que visto y oído, en particular ese extraordinario esfuerzo que se ha consustanciado en el informe que oímos hace poco, este ha sido un Encuentro de extraordinario éxito.

Eso me produce una satisfacción particular por el hecho de que el momento en que vivimos en nuestra región y en el mundo hace que la reflexión que ustedes hicieron durante estos cuatro días y medio, sea extraordinariamente oportuna y, sin duda, de gran utilidad. Pensar la educación médica desde una reflexión profunda sobre las prácticas de salud en el contexto de las realidades sociales, globales, en que estas prácticas ocurren es, sin duda, la forma más adecuada de identificar los problemas y de proponer las soluciones. No sólo las soluciones deseables, sino también aquellas que pueden ser transformadas en actos concretos.

Por lo tanto, he oído con gran interés el informe preparado y ahora la declaración de Uruguay, que con mucho gusto y honor la hago mía.

Veo que a pesar de las diferencias y de las especificidades, hay muchos puntos de encuentro y de consenso, que esta reunión ha enfatizado.

He visto la reafirmación de los valores y principios que deben orientar nuestro quehacer en la atención a la salud de nuestra gente y en la formación de este instrumento, de este recurso humano fundamental, que es el médico. El principio axial de la equidad, en el rechazo de esta obscena deuda social acumulada con nuestros pueblos y que significa tanto dolor, tanto sufrimiento y tanta muerte que podemos mitigar con los recursos de que disponemos.

En un estudio muy reciente de la Organización Panamericana de la Salud —que espero esté llegando a conocimiento de todos ustedes con la publicación "Las condiciones de salud de las Américas de 1994"—, hemos intentado dimensionar en términos de vidas humanas perdidas o la mortalidad evitable, esta deuda social acumulada en salud.

En el pasado, muchas veces yo me he referido a qué ocurría en América Latina y el Caribe cada año: cerca de ochocientas mil muertes evitables en las condiciones de nuestro desarrollo. Pero este número era más grande aún: por los menos, un millón doscientas mil vidas se pierden cada año por causas que podemos evitar con el conocimiento de que disponemos y, sobre todo, dentro de las condiciones de disponibilidad de recursos de nuestros países.

La búsqueda de la equidad debe, por lo tanto, ser la piedra fundamental, la base para todo el proceso de transformación que podamos proponer. Y, al servicio de la equidad, estos valores siempre reafirmados y todavía lejos de ser alcanzados, incluso en las sociedades más desarrolladas: la universalidad, la calidad, la participación y, al servicio de todo eso, la eficacia y la eficiencia.

Por lo tanto, es con alegría y satisfacción que nosotros reconocemos y agradecemos el trabajo de FEPAFEM y ALAFEM, de UDUAL y, en particular, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Uruguay, en la organización y realización de este Encuentro.

Tenemos la tendencia a reconocer los Encuentros exitosos como punto de partida de una nueva etapa. Pero creo que el contenido mismo del informe que hemos oído plantea que no se trata de comenzar una nueva etapa sino de profundizar, transformar y ampliar el proceso en curso del intento de cambio y de transformación que debemos promover. Este es el otro gran consenso: el reconocimiento de que necesitamos cambiar, el reconocimiento de que el cambio, más que una propuesta, es una necesidad; pero, al mismo tiempo, el reconocimiento de que ese cambio es un proceso social, complejo, incierto, en el cual deben participar innumerables y múltiples actores con diferentes ideas y propuestas sobre la realidad, de que es a través de nuestra capacidad de promover las relaciones efectivas entre esos diversos actores, que podemos definir la viabilidad de la propuesta de cambio necesario que queremos.

Creo que el momento que vivimos en el mundo, en la región, en cada uno de nuestros países, nos indican la aceleración de este proceso de cambio, independientemente de nuestra voluntad y de nuestra participación en él. Esta aceleración parece indicar que, en verdad, casi estamos en el umbral de una nueva revolución en lo que respecta a las prácticas para la salud de nuestra gente.

También he oído, con gran interés y satisfacción —porque coincide con mis más profundas creencias—, que ustedes han analizado la necesidad del cambio en la educación médica, no sólo en relación a los procesos de cambio en las prácticas de salud, en la prestación de los servicios de salud, sino que han intentado visualizar esos dos procesos gemelos en un contexto más amplio del proceso de cambio integrado. De hecho, el cambio posible y, al mismo tiempo, el cambio necesario en el quehacer de la salud y de la educación médica está, fundamental, intrínseca e inexorablemente, vinculado a las condiciones del contexto dentro del cual operamos, el contexto definido por las nuevas formas de organización de la actividad productiva, en continuo proceso de transformación.

La persistencia del paradigma basado en la producción material expresada en esta cosa casi mágica del ingreso per cápita del producto interno bruto; los fenómenos de globalización de la actividad económica que se contraponen, se balancean o se equilibran con la necesidad de la gestión local, y que va en contra de las condiciones locales, de los mercados locales; los problemas de integración, tanto a nivel mundial como, sobre todo, en bloques subregionales o regionales; los problemas de flexibilidad en el uso de los factores productivos y en particular de la fuerza de trabajo; la gran importancia de la información, de la tecnología y de la capacidad de circulación de los medios productivos; en fin, los factores que conducen en la competitividad son una manifestación de la realidad económica actual.

Se ha enfatizado en el informe que oímos el hecho de que esta visión llamada neoliberal de la actividad productiva, considerada externa al quehacer de la salud y de la educación médica, limita la independencia en las decisiones en cuanto a las prácticas de salud, a las prácticas profesionales y a las mismas prácticas educativas, y esto es verdad. Pero el hecho de reconocer que esto es verdad, no implica que aceptemos pasivamente, como algo dado e inmutable, pero sí como parte de un proceso que puede ser influenciado por lo menos en forma recíproca, y que da márgenes de libertad para dentro de este poder de condicionamiento, ir creando espacios para hacer las propuestas que nosotros consideramos necesarias.

Yo estoy entre aquellos que, analizando esta realidad global, definida sobre todo desde la perspectiva de la producción material o económica, creo que, aún respetando las fuerzas de los actores desde los intereses involucrados en estas realidades, estamos —aunque a veces no se perciba— en el comienzo de un proceso de transformación que apunta, también, a la definición de un nuevo paradigma de la actividad productiva que va más allá —y ojalá muy pronto— del economicismo.

Ustedes han visto, simultáneamente con la constatación de la fuerza de los cambios en el área de la producción, los nuevos tipos de organización social, las nuevas y complejas relaciones que esto implica para nuestra sociedad.

Yo quisiera llamar la atención sobre una palabra que en la discusión de estos procesos sociales tan complejos, casi siempre olvidamos: cultura. Es el conjunto de valores que determina el comportamiento de los actores sociales colectivos o individuales y que desde el punto de vista de estos actores, constituyen la base para los paradigmas de acuerdo con los cuales se insertan, contribuyen y participan en el proceso social global. La cultura es quizás una de las categorías más olvidadas en las ciencias sociales, sobre todo las que tiene relación con la actividad productiva. Y sin embargo, continúa siendo una de las más fuertes y más persistentes a lo largo del tiempo.

No hablo de la cultura en el sentido antropológico de preservación de los valores culturales, aunque creo que la reafirmación de nuestros valores culturales, de nuestras propias culturas, es la base adecuada para construir una confianza que permita promover un proceso de transformación, que no sea simplemente la aceptación pasiva de los valores impuestos desde afuera. Mirar la cultura como un punto de apoyo para la promoción de las transformaciones necesarias, es una tarea que está todavía por cumplirse.

Como consecuencia de esos cambios en la estructura social y en la cultura, sobre la base de las transformaciones de la base productiva, el mundo de la región se enfrenta a los desafíos de definir nuevos patrones de organización política.

Todos nos regocijamos con la recuperación, la reinstalación de los sistemas de la democracia representativa en los países de América Latina y del Caribe; todos nos regocijamos por el fortalecimiento de los procesos electorales a través de los cuales los pueblos, en las consultas periódicas, eligen y seleccionan sus líderes y sus gobernantes; pero el reto de las sociedades nacionales y de todo el mundo en el futuro inmediato, durante la próxima generación, consiste en ir mucho más allá de esta democracia representativa que, aún siendo necesaria, no es suficiente. Si quedáramos simplemente en el plano de fortalecer los sistemas de consultas periódicas a la población para la elección de los representantes en el gobierno, podríamos llegar a la circunstancia de legitimar las profundas diferencias e inequidades de los sistemas existentes. Para que la democracia realmente contribuya y opere como un elemento de corrección de estas diferencias, para que la democracia signifique en su plenitud la forma de gobierno capaz de darse cuenta de la complejidad creciente de la sociedad y de la incertidumbre de los procesos sociales, es necesario que pasemos de la representatividad a la participación efectiva.

Es necesario construir los mecanismos a través de los cuales la democracia no es simplemente un procedimiento de consulta, sino una manera de vivir, una manera que permite que las personas y los actores sociales, manteniendo sus diferencias, resuelvan sus conflictos en forma pacífica y construyan juntos su futuro y su bienestar.

Vivimos una época en que hemos descubierto la necesidad de una nueva relación con el ambiente natural y con el ambiente social. El respeto por las leyes de la naturaleza y la conciencia del costo social que tiene la depredación de los bienes naturales, aun bajo la aceptación de que éstos deben estar al servicio del bienestar de los pueblos, es uno de los grandes redescubrimientos del mundo actual.

Teníamos conciencia de los profundos cambios que están ocurriendo en las características demográficas de nuestras sociedades. Hay suficientes análisis e información sobre las repercusiones de esas transformaciones demográficas de las necesidades y las demandas de salud.

En fin, creo que estamos en condiciones no solamente de tener la capacidad de reconocer las necesidades actuales en materia de salud de nuestras poblaciones, sino de proyectar, con cierto margen de seguridad, esas necesidades para el futuro inmediato o el futuro más que inmediato.

Tenemos conciencia —y el informe que hemos oído lo expresa con gran propiedad— del poder —yo diría, incluso, una irresistible fascinación— de la tecnología y todos los intereses alrededor del proceso de desarrollo tecnológico, sobre las prácticas, las formas de organización de estas prácticas, y la misma gestión de los servicios de salud.

Creo que en los próximos treinta años, en el espacio de un poco más de una generación, estos avances tecnológicos directamente relacionados con la salud, y también aquellos otros relacionados con la administración de la información y las formas de organización y dirección de las actividades sociales, tendrán todavía un impacto más profundo sobre esas prácticas que tanto nos preocupan.

Veo, incluso que, por ejemplo, esa misma tecnología que ha hecho que se fortalezca y perduren los paradigmas llamados flexnerianos en el análisis, en la evaluación de la calidad de la atención de la salud, y que ha hecho del hospital la referencia necesaria de los sistemas de prestación de los servicios de salud, tendrá en el futuro un impacto al revés, sobre este tipo de servicio.

Por ejemplo, veo una disminución de la necesidad del hospital como lo entendemos hoy. Y en la medida que creamos los mecanismos de información para la población, y que la población se apropie de ella, en el cuidado de su propia salud y en la utilización de los servicios de salud, estos cambios serán mucho más profundos.

Veo la necesidad de que pensemos que esa nueva organización de los servicios de salud implicará —y a eso me refería cuando hablaba de inicio de una nueva revolución en estas prácticas— un cambio aun más profundo en las prácticas de salud que hoy estamos analizando.

Las respuestas que tenemos que definir hoy teniendo como referencia el momento actual, el presente, tienen que visualizarse también en una proyección de tiempo al futuro, aun con toda la incertidumbre de estos ejercicios.

Tenemos conciencia —particularmente ustedes, los que trabajan en áreas de la formación de los recursos humanos, en especial de la educación médica— de los tiempos diferenciales de maduración, de las iniciativas o las propuestas en esta área con relación a los tiempos en el área de la prestación de servicio.

Si visualizamos nuestras propuestas y las definimos simplemente para el presente y el futuro inmediato, podríamos estar cometiendo errores de difícil corrección en el futuro más que inmediato.

Por lo tanto, colegas y amigos, veo los procesos de reforma que hoy preocupan prácticamente a todos los países, los propios procesos de reforma que ustedes están proponiendo en la educación médica como respuesta a este desafío que el cambio está imponiendo, simplemente como una transición en un proceso que deberá acelerarse aun más en el futuro inmediato.

Creo que la gran tarea que tenemos por delante es acompañar todo este proceso con la capacidad de ir definiendo y redefiniendo sobre la marcha, pero en forma adecuada e integral, los conceptos y las doctrinas que puedan significar, como se dijo, la construcción de nuevos paradigmas.

Creo que esto es posible, pero lo es en la medida en que reconozcamos que la cuestión central va más allá de lo que podemos hacer en el sector salud o en el sector educación per se.

No es mi intención con esto, sino todo lo contrario, desvalorizar nuestro trabajo en el ámbito de las responsabilidades sectoriales, pero la cuestión central está en la capacidad de nuestra sociedad de definir nuevos modelos y estilos de desarrollo, de definir lo que nosotros llamamos y repetimos "el desarrollo necesario", de cambiar el mismo paradigma global de lo que significa ese desarrollo, de ir más allá del economicismo.

El momento que vivimos universalmente es, por lo menos en el plano del discurso, favorable para este intento. Hoy, la importancia de lo social, de la característica integrada del desarrollo, la identificación en este discurso del desarrollo con el desarrollo humano sostenible, la preocupación por el ambiente, por el bienestar, por el factor humano como factor productivo, en fin: todas estas cuestiones, están presentes en el discurso. Pero me temo que más allá y más profundamente, por detrás del discurso, las formas de decidir y de actuar continúan siendo las mismas. En el momento de definir lo que hacer en términos de políticas de desarrollo, éstas se identifica con políticas económicas; en el momento de definir cómo marchará esta realización de los objetivos declarados del desarrollo, el bienestar humano, la equidad, la justicia, el patrón referencial es el aumento del producto, aun cuando este aumento del producto significa mayor inequidad, mayor pobreza. En el momento de definir cómo organizar las actividades sociales que conduzcan a la realización de ese desarrollo declarado, lo que se define es cómo apoyar el proceso de inversión y de producción material, o de acumulación y reacondicionamiento del capital.

Es ahí, en la discusión del paradigma de lo que es el desarrollo y de las características de ese desarrollo necesario, centrado en la persona, en el ser humano, en sus necesidades, es donde está la cuestión central que hace o hará posible o no posible la reforma, la transformación de las prácticas y de los servicios de salud, de las prácticas y de las formas como se hace la educación médica.

Por lo tanto, los retos de la universidad de hoy de América Latina de nuestra región, son retos de dimensiones muy grandes. Yo he leído y oído con cuidado la discusiones de grupos que estuvieron orientadas a identificar cuál eran esos retos en la función de la universidad. Con mucha satisfacción quiero decir que concuerdo con la noción de que la autonomía universitaria debe ser entendida, sobre todo, como una condición para promover una inserción o articulación eficaz de la universidad con la sociedad. No debe significar nunca el aislamiento, sine la independencia para poder visualizar críticamente a esta sociedad y tener la capacidad de responder a sus demandas y a sus presiones.

Creo que es a través del reforzamiento de la autonomía real —no de la independencia, no de la autarquía— que nosotros podemos, desde la universidad, transformarnos en este laboratorio que responda a todas las presiones y que signifique la oportunidad de los espacios de reflexión sobre los problemas, las necesidades y las respuestas posibles, transformándonos, realmente, en la conciencia crítica e innovadora de la sociedad a que pertenecemos.

Creo que es función fundamental de la universidad, entre todos los actores sociales y trabajando en conjunto con ellos, la generación de las ideas que significan la capacidad de transformación, la generación del conocimiento o la administración del conocimiento, incluso en la formación de los recursos humanos.

Una de las características fundamentales de ese recurso humano que se debe formar, es su capacidad de liderazgo, su capacidad de movilizar, su capacidad de articular propuestas y mensajes que puedan juntar el esfuerzo de todos los actores sociales a esa obra común de la transformación de la sociedad, de los modelos de desarrollo y, en particular, del que quehacer de la salud y de la educación de forma efectiva.

En fin, creo que una de las principales características de ese proceso de transformación, que ustedes han definido como asegurar la calidad, evaluar en forma continua la calidad, es formar recursos humanos que tengan la capacidad de percibir permanente y críticamente la realidad en que trabajan, y continuar aprendiendo y transformándose por toda su existencia. Si el mundo y las realidades en la cuales actuamos continúan transformándose, nuestra función es transformarnos nosotros mismos para poder responder adecuadamente a los retos que tenemos que enfrentar; eso implica la búsqueda incesante y permanente de la excelencia. No sólo la excelencia definida como la capacidad profesional o científico técnica en la manipulación de los instrumentos dentro de las áreas de responsabilidad específica de cada uno. Eso es necesario, pero no es nunca suficiente. La excelencia vista también como esta capacidad de juntar lo que yo sé con el saber de todos los demás, en ese proceso complejo de administrar el conocimiento colectivo al servicio de las respuestas necesarias. Nadie, absolutamente nadie puede ser capaz de dar individual o aisladamente respuesta a todos los retos, aun en los campos específicos de nuestras especialidades. La excelencia, como la capacidad de reconocer las realidades en las cuales trabajamos y de aceptar que en el campo de la acción social casi nunca o nunca, las respuestas científica y técnicamente definidas pueden ser a priori identificadas como las mejores. La bondad o la maldad de una respuesta de una intervención depende de su adecuación a las condiciones específicas en las cuales se aplica.

Si aun teniendo la calidad, la excelencia en el dominio del conocimiento científico técnico de nuestras profesiones, aun siendo capaces de administrar el conocimiento en el sentido de saber dónde se origina, de aprehenderlo y de transformarlo en medidas de aplicación; si no tenemos esta capacidad de conocer las situaciones específicas incluyendo las culturas, los valores de los individuos y de los demás, nuestra excelencia no se alcanza.

Creo yo —y lo repetiré más de una vez—, que entre todos los factores de la excelencia, está nuestra capacidad sentir como nuestros los problemas de los demás, de las comunidades, de las sociedades, del contexto en el cual nosotros trabajamos; nuestra capacidad de amar a las personas para las cuales trabajamos, nuestra capacidad de visualizar a estas personas no simplemente a los pacientes, ni siquiera a los clientes, sino a personas de carne y hueso como nosotros, con derechos, con dudas, con perplejidad, con aspiraciones, y que necesitan de nuestro apoyo para realizarse, para recuperar la salud perdida, o para afirmar la salud sustantivamente.

Esta capacidad de amar, esta capacidad de sentir es la que hace posible el entendimiento real de las realidades en las cuales trabajamos. Es esta capacidad la que hace posible construir compromisos, sin la cual todas las demás características son como las campanas: suenan, pero están vacías.

Es un honor inmenso y profundo, mi estimado Eduardo y colegas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Uruguay, haber recibido en esta oportunidad, al final de este Encuentro, el título de Profesor Ad Honorem de esta Casa de Estudios.

Ser un colega entre ustedes es para mí no sólo un reconocimiento y un estímulo para continuar en esta lucha a la cual he dedicado toda mi vida, sino también en el futuro, tener la oportunidad de poder continuar compartiendo con ustedes ideas, acciones y, tal vez, sueños, porque la capacidad de soñar también es parte de la capacidad de moverse.

Amigos y colegas, seguiremos juntos, porque juntos podremos hacer más.

Muchas gracias.

4 DIC. 1996



ACTO DE CLAUSURA

Exposición del Dr. Diego Cobelo, Presidente de ALAFEM

Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Ing. Quím. Jorge Brovotto, Rector de la Universidad y Vicepresidente de UDUAL, Eduardo Touya, nuestro hermano, amigo y acogedor Decano de la Facultad de Medicina de Uruguay, Benedictus Philadelpho de Siqueira, pilar que ha sostenido y que ha posibilitado el estrechamiento de nuestras dos organizaciones, de una vez y para siempre, para marchar unidos, como reclamaba el Prof. Carlyle Guerra de Macedo, para poder cumplir todos los objetivos que tenemos; delegados invitados, estudiantes:

Diré sólo unas breves palabras en esta clausura para expresar, en primer lugar, que cuando nos reunimos hace aproximadamente un año, en Edimburgo, un grupo de representantes latinoamericanos con funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, ALAFEM y FEPAFEM, no pensábamos que en tan corto tiempo pudiéramos cumplir un objetivo con la calidad que se ha hecho.

En aquel momento empezamos a hacer, inclusive, valoraciones de cuán grande sería el evento que pudiéramos celebrar y organizar en tan corto tiempo. Quiero decir que se han rebasado todas las perspectivas, no en el orden cuantitativo sino en el orden cualitativo, por la calidad que ha tenido este evento, por la profundidad con que han sido discutido los temas y con el grado de representatividad que han tenido todos los participantes del Encuentro.

Creo que lo más importante son los lineamientos que se han trazado como estrategia, para el logro de objetivos superiores. Como se ha repetido en múltiples oportunidades en estos días, no se pueden dar recetas, pero sí hemos podido compartir experiencias muy ricas que podemos instrumentar en nuestras facultades, con las características individuales de cada una de ellas.

Nuestra organización celebró recientemente una renovación, unas elecciones, y para gusto de todos, el Prof. Eduardo Touya continuará ahora como Presidente de ALAFEM, a partir del día de hoy. Sabemos que la Organización ha quedado en manos seguras, firmes y sabias, que podrán conducir, mucho mejor que como lo hemos hecho nosotros, las riendas de esta organización, hermanado con la FEPAFEM, con la cual, por muchos años estuvimos caminando por rumbos distintos, aunque con objetivos similares.

Quiero agradecer la hospitalidad que hemos recibido en esta bella ciudad, no solamente por sus condiciones materiales sino por el calor humano.

Agradezco a la Facultad de Medicina y a todos sus trabajadores, que tan ardua y eficientemente han trabajado para lograr el éxito de este evento, y a todos los trabajadores que también apoyaron en distinta forma para que con fluidez y eficiencia pudiéramos trabajar en estos días.

Nos vamos de esta tierra que visitamos por primera vez con nostalgia y con alegría, por el calor humano que hemos recibido.

Muchas gracias.

*Exposición del Dr. Benedictus Philadelpho de Siqueira,
Presidente de FEPAFEM*

Señor Rector de la Universidad, Prof. Jorge Brovetto, señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, señor Decano de la Facultad de Medicina de Uruguay y Presidente electo de ALAFEM, Dr. Eduardo Touya, querido compañero y hermano Cobelo:

Quisiera iniciar mis palabras de agradecimiento reafirmando aquello que dije en ocasión de la sesión de apertura.

Agradecer, en primer lugar, en las personas de Carlyle Guerra de Macedo y José Roberto Ferreira, por haber considerado que era posible que ALAFEM y FEPAFEM marcharan juntas y construyeran algo sustantivo para la educación médica en las Américas.

Deseo, también, agradecer a la Universidad de Uruguay, especialmente a la Facultad de Medicina en la persona de su Decano, Prof. Eduardo Touya y todo su equipo, por la magnífica organización, por los trabajos diurnos y nocturnos que permitieron que nosotros pudiéramos llegar, como lo hicimos hoy, a una sesión de clausura de la cual considero ninguna persona puede sentirse insatisfecha.

Nosotros estamos orgullosos de nuestro trabajo, de nuestras realizaciones y con muchas ganas de empezar y continuar realizando las transformaciones que son necesarias.

Por otro lado, acá nosotros también hablamos de algunas cosas. Hay algo que me perturba y no puedo dejar de mencionar: la postura de nuestras universidades. Digo todas, porque es necesario tener humildad. Si queremos transformar algo, es necesario que empecemos a transformarnos nosotros mismos. Entonces, la postura que nuestras universidades tienen, muchas veces es de arrogancia frente a la sociedad que las mantienen y que ellas pretenden servir; la arrogancia de esconderse atrás de una autonomía, que no le pertenece, que es otorgada por las sociedades que las mantienen para que las sirvan. Entonces, es necesario que la autonomía, que se transforma en soberanía, realmente busque la justicia social.

Por otro lado, nosotros hablamos acá de que la educación médica tiene que estar junta, caminando hombro a hombro con los servicios de salud. Por tanto, es imprescindible que nosotros entendamos que la educación médica tiene que salir de sus muros, por las calles, entender que la educación médica es, en la realidad, un subproducto de la atención que se da a los individuos.

Si esta atención fuera de calidad, si buscara la equidad en la atención y atender a las necesidades sociales sin establecer escalones diferenciados de ciudadanía, y con ética, nosotros conseguiríamos tener una educación médica de calidad y podríamos conseguir transformar a la sociedad.

Muchas gracias a Cobelo, por la oportunidad de trabajar juntos. Vamos a trabajar juntos con Touya, y vamos a conseguir hacer algo sustantivo.

Muchas gracias a todos los que han comparecido en este Encuentro, ya que posibilitaron que se hiciera acá un trabajo de alto nivel.

Muchas gracias a todos.

Invitación del Dr. Julio Ospina, de Colombia

Señores miembros de la Mesa Directiva, distinguidos colegas, señores estudiantes:

Quiero invitarlos al Encuentro Panamericano y Mundial de Educación Médica que realizaremos en Bogotá, durante el 3, 4 y 5 de octubre del año entrante.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha iniciado un proceso de transformación curricular con fundamentos filosóficos basados en la calidad y en la responsabilidad social: los dos son factores perfectamente unidos entre sí, que no se pueden separar, porque no podemos brindar una educación de segunda categoría para una práctica médica excluyente, de tercera o cuarta categoría.

En estas circunstancias procuraremos llenar el espacio tan amplio y llegar al punto tan extraordinario que ha marcado la Facultad de Medicina del Uruguay en este evento.

Trataremos de hacer todo lo posible para que la calidad sea similar. Les aseguramos todo el calor de nuestra hospitalidad durante esa estadía.

Como ha dicho el señor Decano, se trata de una reunión conjunta de ALAFEM y FEPAFEM.

Deseo agradecer, una vez más, la cálida hospitalidad de nuestros hermanos uruguayos, el apoyo y soporte de la Organización Panamericana de la Salud y, especialmente, del Dr. José Roberto Ferreira.

Muchas gracias.

Invitación del Dr. Buddy Lazo de La Vega, Bolivia.

Doctor Carlyle Guerra de Macedo, señor Presidente de FEPAFEM-ALAFEM, señor Rector de la Universidad de la República, distinguidos colegas:

La delegación boliviana quiere, por mi intermedio, expresar su agradecimiento al señor Presidente de ALAFEM y a sus distinguidos Consejeros, por haber depositado en mi país la confianza y la responsabilidad para organizar la XVII Conferencia de ALAFEM. Haremos todo lo posible por igualar la excelencia organizativa y lo que será difícil, la cordialidad y la hospitalidad con que fuimos recibidos por los compañeros uruguayos.

Con un poco menos de viento, y con el corazón abierto, mucho oxígeno, 23 grados de temperatura en octubre, los esperamos cerca del Lago Titicaca, cerca de las ruinas arqueológicas más antiguas de América, las nieves eternas del Illimani, a dos horas y media —en coche— de la selva subtropical y, otra vez, el corazón abierto a todos los compañeros de América en ALAFEM 96, octubre, La Paz, Bolivia.

Muchas gracias.

*Palabras del señor Decano de la Facultad de Medicina de Uruguay,
Prof. Dr. Eduardo Touya*

Dr. Carlyle Guerra de Macedo, director de la OPS, señor rector de la Universidad de la República, Dr. Diego Cobelo, presidente de ALAFEM, Dr. Philadelpho de Siqueira, presidente de FEPAFEM:

Corresponde hacer los últimos comentarios sobre el trabajo que hemos realizado en lo que ha sido casi una semana que hemos estado aquí, en Punta del Este.

En primer lugar, quiero agradecer sinceramente a todos los colegas que han llegado a este país para poder tener este evento tan fructífero, afectuoso, cordial, y que da bases y retroalimenta nuestras inquietudes como región, para seguir trabajando todos juntos.

A ellos les agradecemos, de todo corazón, que hayan confiado en este país, en sus organizaciones y que hayan llegado a Punta del Este, que hayan sido miembros titulares de esta reunión y ponentes de la misma, que hayan trabajado en los grupos de discusión y que nos hayan transmitido esta amistad que sabemos recibir calurosamente y reconocer; haremos nuestros mejores esfuerzos para que en, el devenir de la vida, siga siendo cada vez más fuerte y más intensa.

Queremos agradecer a las organizaciones que han auspiciado el Encuentro —CRESALC (UNESCO), Federación Mundial de Educación Médica, UDUAL— y que también confiaron en las posibilidades de que se concretase con sus limitaciones.

Deseamos reconocer a la Organización Panamericana de la Salud a su director, José Roberto Ferreira y a Francisco Campos, al representante en este país, Dr. Veronelli, y a todos quienes han llegado hasta aquí y han trabajado tan duro para que esta reunión se concretara; ellos fueron quienes propusieron, inteligentemente, quiénes iban a promover los temas en los paneles de las mañanas, y demás.

Con afecto y cariño, trabajaron articulados con la Facultad de Medicina y nos han honrado al darnos la responsabilidad de poner la infraestructura; la amistad que ya era tradicional de esta casa de estudios con la Organización, ha aumentado firmemente.

También queremos reconocer a FEPAFEM y ALAFEM, dos organizaciones con una historia tan rica en la región, que creyeron que la casa de estudios de Uruguay podía ser tomada como sede para la reunión.

Pido un aplauso muy fuerte de esta sala a estos dos hombres, Diego Cobelo y Benedictus Philadelpho de Siqueira, que en su representación han dado este paso tan largo de unificar esfuerzos en la región y de articularlos en beneficio de nuestra gente.

Quisiera agradecer sinceramente —aunque yo sea parte, debemos decirlo— a quienes hemos llamado Comités de Apoyo de esta reunión dentro de la Facultad de Medicina —Comité Científico, Comité de Propuestas y Comité Logístico—, que han dado todo lo que podían por tratar de alcanzar los objetivos que nos habíamos impuesto en la organización de la reunión. Con las disculpas del caso por todas las limitaciones que tuvimos, si algo salió bien, sin lugar a dudas lo debemos al grupo de logística, que son los médicos, los asistentes académicos, los egresados

y funcionarios que se han incorporado a ese equipo y que han hecho posible lo que brindamos, aunque con esas imperfecciones.

Me corresponde agradecer en la persona de Emilia Carlevaro, a todos los funcionarios de la Facultad de Medicina que trabajaron antes allá en Montevideo y que desde el sábado trabajaron aquí en horarios sumamente extendidos, también tratando de que la reunión se llevase a cabo.

Asimismo, agradecemos a los intérpretes que nos acompañaron con una alta eficiencia, a la gente joven de sonido, a nuestro amigo Robaina, de siempre, en la proyección, al personal del Cantegril Country Club, que nos brindó todo su esfuerzo para que pudiéramos trabajar en su sede y en este salón, y a todos aquellos que conformaron la infraestructura del Encuentro, como los choferes de los ómnibus y demás personal, que nos permitieron concretar los diferentes momentos de trabajo o los de esparcimiento que hemos podido incorporar a la reunión.

Finalmente, asumimos con total responsabilidad, en nombre de la Facultad de Medicina, de la presidencia de ALAFEM, esta línea de trabajo conjunto con FEPAFEM y en lo que este Encuentro Continental de Educación Médica ha puesto como posibles metas hacia adelante, pensamiento que nos ha dejado el Director de la Oficina Panamericana de la Salud con respecto a que los cambios que tenemos que visualizar son mucho más profundos, seguramente, que los que nos estamos imaginando.

Estamos convencidos de que debemos apostar a la vida y, como tal, haremos los esfuerzos, representando a la gente de nuestra facultad, a sus docentes, a sus egresados, y a sus estudiantes que, creemos sinceramente, que son el capital de nuestra universidad.

Como hemos dicho antes, la Universidad manejada por docentes sólo puede tener una historia buena en el momento; los docentes son buenos administradores pero no tienen capacidad de proyección hacia el futuro. La proyección hacia el futuro, la creatividad, es la de los estudiantes, de la juventud, y a ellos debemos apoyar. Debemos apostar por ellos y jugarlos por ellos.

Con el Dr. Díaz en la Secretaría General, haremos los mayores esfuerzos por que ALAFEM siga continuando este camino esplendoroso que ha transitado hasta ahora e inicie trabajos de coordinación a nivel de la subregión, revea sus estatutos buscando formas más reales del trabajo en tiempos más eficientes, y que nuestros encuentros sean encuentros de culminación de trabajos realizados, no de inicio. Trataremos —y esto ha quedado ya dispuesto por la comisión directiva de ALAFEM—, en el término de un mes, de estar elaborando un plan de trabajo para que nuestro compromiso sea desde hoy.

Es nuestro deseo que cuando estemos en Colombia y en La Paz, nuevamente integrados en una reunión con FEPAFEM, alcancemos nuevos escalones de este caminar de nuestro desafío en la región.

Muchísimas gracias por haber estado con nosotros en Punta del Este. Les deseamos un final de estadía agradable, el mejor retorno a sus países y el mejor reencuentro con sus familias.

Muchas gracias.

ANEXOS:

1. *GESTION DE CALIDAD EN LA EDUCACION MEDICA,
UNA PROPUESTA DE EVALUACION TOTAL,
PAHO/HRD/93.02....1*

2. *LOS CAMBIOS DE LA PROFESION MEDICA Y SU
INFLUENCIA SOBRE LA EDUCACION MEDICA,
DOCUMENTO DE POSICION DE AMERICA LATINA,
EDIMBURGO, ESCOCIA, 8-12 DE AGOSTO DE 1993....18*

3. *CUMBRE MUNDIAL SOBRE EDUCACION MEDICA. LA
PROFESION MEDICA EN EVOLUCION.
RECOMENDACIONES,
EDIMBURGO, ESCOCIA, 8-12 DE AGOSTO DE 1993....31*

GESTIÓN DE CALIDAD EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

UNA PROPUESTA DE EVALUACIÓN TOTAL

1. Introducción

Entre los últimos meses de 1992 y la mitad de 1993 se dio un activo proceso de reflexión en las facultades y escuelas de medicina de América Latina sobre el impacto que los cambios en el contexto económico y social y las transformaciones de la práctica médica tienen sobre la educación médica. En este proceso participaron, directa o indirectamente, 230 facultades de América Latina y Canadá. La OPS ha contribuido significativamente a ese análisis por medio de la producción y promoción de la discusión de un documento base¹ y el apoyo directo a la consolidación de una posición latinoamericana² sobre este tema. Dicha posición fue presentada a la II Cumbre Mundial de Educación Médica (Edimburgo, agosto 1993).

La organización de la práctica médica viene experimentando importantes cambios como consecuencia de una conjunción de factores económicos, políticos y de otros derivados del desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas, con creciente institucionalización y pérdida de autonomía del médico, aumento significativo del costo de la atención y mayor segmentación social. Estos cambios en la sociedad y en la organización de la práctica médica afectan directa e indirectamente, inmediata y mediatamente, el quehacer de las instituciones, actores y procesos de la educación médica. Las prácticas de los médicos y sus procesos de profesionalización (educativos y corporativos) se definen en función de esa estructura estratificada de atención médica estando instalada una dinámica destinada a formar profesionales diferenciados, lo que lleva a una polarización-segmentación entre especialistas y generalistas.

Sin embargo este proceso es complejo y desigual. En realidad existe un mosaico de formas de prácticas y allí la ideología liberal, en tanto estructuradora de dichas prácticas, sigue siendo un punto referencial básico para la mayoría de profesionales, muchos de los cuales aún no perciben la pérdida de su autonomía. En esa reproducción cultural la escuela de medicina juega un papel muy importante. La educación médica no es un espejo que reproduce mecánicamente el mundo del trabajo. La escuela es también un factor de reproducción cultural que activa mecanismos de intermediación simbólica, que produce y extiende la ideología, cultura, ciencia y tecnología médicas.

Esos cambios no solamente han alterado las reglas de la práctica técnica sino que también han afectado los principios éticos del ejercicio profesional. El juramento hipocrático orientador del "buen obrar" en la práctica liberal autónoma pareciera que perdió su vigencia. Las realidades de una medicina crecientemente colectiva, comercial e intermediada institucionalmente, controlada social y jurídicamente, obligan a redefinir las bases éticas de la práctica.

¹ OPS/OMS: Los cambios de la práctica médica y su influencia sobre la Educación Médica, Educación médica y Salud, No. 28:1, 1994.

² OPS/EF-PAFEM: Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la Educación Médica (inédito)

Las facultades responden idiosincráticamente a las exigencias y desafíos de su entorno. Su historia, su cultura, sus políticas, sus maestros y alumnos, sus triunfos y fracasos, sus planes al futuro y en gran medida, sus problemas y limitaciones actuales deciden sus compromisos y acciones. Esa articulación con la realidad se refleja en su filosofía de la educación, sus políticas de admisión, la estructura del cuerpo docente, las metodologías pedagógicas, los perfiles profesionales, la utilidad de sus investigaciones, etc. El criterio de calidad se define en este contexto. Así existen instituciones que definen su calidad en términos de pertinencia social ante las demandas y necesidades poblacionales, mientras otras lo hacen en función de indicadores como la aprobación de exámenes de residencia en el país o en el extranjero.

Una reciente reunión de rectores de universidades latinoamericanas para discutir el papel de la universidad en la salud de la población aceptó que existe un generalizado malestar por la calidad (cualquiera que sea su definición o sus indicadores) de los resultados y productos del proceso académico. Identificó también serias dificultades financieras para el mantenimiento (ya que no hay crecimiento y desarrollo) de sus capacidades instaladas para la formación y la investigación.

Se han transformado las relaciones entre la universidad y el Estado y también las relaciones al interior de las instituciones de educación superior. Al igual que en otras áreas de la sociedad se ha instalado, por exigencia genuina o proveniente del exterior, en todo caso con creciente legitimidad, la preocupación por la calidad y la eficiencia de los procesos académicos. Una nueva dimensión de la articulación de la universidad en su realidad proviene de la cada vez mayor competitividad en un mercado de recursos que le exigen créditos crecientes de calidad y someterse a la evaluación externa de su quehacer.

Un número creciente de escuelas de medicina están incorporando innovaciones como aprendizaje basado en problemas, currículo orientado a la comunidad, integración del conocimiento básico y clínico y la búsqueda de ejes estructurales como la biología del desarrollo. A pesar de las expectativas que despiertan inicialmente, el análisis de estas experiencias (Byrne, 1991) demuestra que son intentos marginales, que expresan el agotamiento de algunos principios de la propuesta educativa de Flexner, sin llegar a conformar un nuevo paradigma.

En octubre de 1994 en la ciudad de Punta del Este, Uruguay, las escuelas y asociaciones de Educación Médica de América se reunirán para debatir cuestiones relativas a la evaluación de los procesos educativos, la preocupación por la calidad educacional, los nuevos criterios éticos, el compromiso con el entorno social y la cobertura de atención y el impacto que los cambios en la práctica médica ejercen sobre la educación médica. Esta propuesta aspira a ser una contribución más al cumplimiento de las expectativas y objetivos puestos para esta reunión.

¹ OPS-IIRD "Perspectivas del Papel de la Universidad Latinoamericana en la Salud de la Población". Documento mérito. Washington, D.C., 20 de septiembre de 1993.

⁴ Byrne, N. y Rosenthal, E.: "Tendencias de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en Latinoamérica". Educación Médica y Salud No. 28:1, 1994.

2. Evaluación y gestión de la calidad

En casi todos los países de América Latina existe hoy entre quienes se ocupan de la educación médica un diseminado e innegable sentimiento de insatisfacción en relación a los procesos educacionales vigentes y sus resultados, a la vista de los problemas de desempeño de los nuevos profesionales en el mercado de trabajo. Esta preocupación por la calidad de la fuerza de trabajo médica ha sido expresada no sólo por profesores y dirigentes universitarios del área, sino también por líderes gremiales y autoridades responsables por las políticas educacionales.

Tal insatisfacción apunta primariamente a las limitaciones de la escuela médica para la producción y transmisión de un nuevo conocimiento y la contribución a un nuevo patrón de práctica profesional (con un rol protagónico para el médico general). Pero también se vincula al crecimiento del número de escuelas, no siempre contando con los recursos adecuados, y al proceso de deterioro de muchas de las escuelas ya existentes, las cuales en el contexto de la crisis se enfrentan con bajos niveles de salarios, pobreza de las instalaciones, pérdida de calidad del proceso educacional, reducción del esfuerzo de investigación y despreocupación por la reconstrucción de las prácticas de salud.

Frente a tal situación se busca, en general, la adopción de políticas regulatorias y de control, entre las cuales se incluyen la introducción de procesos de reconocimiento de la capacitación profesional (ej.: examen de grado, certificación de especialistas), la exigencia de acreditación de las instituciones docentes, y los mecanismos orientados a frenar la creación de nuevas escuelas (ej.: establecimiento de requisitos mínimos para funcionamiento). Desde luego, estas son medidas de seguridad de un valor relativo por atender parcialmente a la insatisfacción anterior y no llegar a influenciar directamente el proceso de desarrollo institucional de las escuelas. Así mismo se limitan a promover el alcance de un nivel mínimo aceptable, pero no contribuyen a estimular el avance hacia un ideal más amplio, incluyendo en éste la visión transformadora de una práctica en un nuevo contrato social.

El ejemplo más significativo de esta limitación está dado por el propio sistema de acreditación norteamericano, que aparte de haber estado muy influenciado por el paradigma flexneriano, no ha podido reorientarse para actuar como inductor del cambio necesario que, sin perjuicio del nivel de calidad científico-tecnológico, pueda superar el sesgo casi exclusivo hacia la especialización.

Desde luego, todos los procesos referidos tienen su fundamentación en la evaluación y en ella encuentran sus mayores obstáculos y limitaciones. Muchos han sido los intentos y abordajes evaluativos en este campo, pero se sigue sin alcanzar plena satisfacción con cualquiera de ellos, no sólo en el sentido de poder reflejar con fidelidad la realidad funcional y productiva de la institución, como también en inducir la acción correctiva de las desviaciones observadas.

A pesar de la crítica que se hace a las consecuencias atribuidas a lo que se ha dado llamar paradigma flexneriano, no se puede dejar de admirar la eficiencia de la evaluación realizada por Flexner, en cuanto a su capacidad de frenar el desarrollo inadecuado de la red de formación médica norteamericana y lograr cerrar un número significativo de escuelas. Sin embargo, ni en este caso de tanta tradición histórica, se puede atribuir todo el éxito al proceso evaluativo, cuando se observa que en realidad pueden haber sido otros los factores determinantes de la

reducción del número de escuelas, las cuales eran 160 en 1904 y ya habían bajado a 130 en 1910 en el momento del informe Flexner. En realidad, el ritmo de reducción siguió siendo el mismo después de Flexner, ya que el número total de escuelas bajó a 100 en los seis años siguientes⁵.

Los criterios externos a los procesos y agentes educacionales (tipo Flexner) constituyen la base para una selección entre una diversidad real y desigualdades patentes. Su objetivo es transformar el nivel de desempeño de los más aptos en una meta que debe ser alcanzada por todos (consecuentemente no tiene vigencia para los que ya se sitúan entre los más aptos), pero debe estimular el autoperfeccionamiento de los menos aptos para alcanzar los patrones recomendados.

Esta opción no se llegó a extrapolar para Latinoamérica en la época de Flexner, en parte por la falta de diversidad pues habían pocas instancias formadoras, -40 en aquel momento- y la mayoría mantenidas directamente por los gobiernos o por grupos religiosos muy cercanos al Estado, que trataban de reproducir los modelos europeos. Sin embargo hoy esta situación ha cambiado y ya más de la mitad de las instituciones son privadas con un grado de diversidad, tanto en recursos como en los programas propiamente dichos, suficientes para permitir que los parámetros externos, de naturaleza normativa, y de orientación retrospectiva puedan llevar a la identificación de deficiencias flagrantes y servir de motivación a los responsables para la búsqueda de acciones de mayor amplitud y largo plazo.

Este abordaje que involucra un observador externo y la utilización de parámetros normativos, aunque sea insuficiente para ofrecer un potencial de apertura representativo del conjunto de actores de la institución, permite en alguna medida superar un eventual corporativismo estrecho que lleve a que una autoevaluación o análisis de situación tienda a registrar sólo hechos positivos. La limitación mayor de esta evaluación corresponde no a la multiplicidad de alternativas de modelos educacionales entre componentes científicos y tecnológicos, sino a la dificultad para elegir valores y referencias generales, como aquellos que provengan del campo de la ética, de las ciencias sociales, de los movimientos de la sociedad civil y de las políticas estatales.

Aquí se pone en tela de juicio otro cambio importante ocurrido recientemente y que tiene que ver con la forma de concebir y ejecutar procesos de evaluación en una perspectiva de modernidad gerencial. En las nuevas concepciones sobre estilos gerenciales dirigidos a la calidad, se viene cuestionando la efectividad de los procesos de evaluación generados externamente a los procesos y a los agentes. Las evaluaciones "objetivas" han sido acusadas no sólo de ineficientes y meramente rituales, sino también de diseminar el miedo a las iniciativas de mejoría de los procesos. La definición de criterios externos tendría así una dificultad adicional derivada de la propia evolución del pensamiento gerencial.

Por eso se aboga por una evaluación en el proceso, la cual comprendería la construcción de imágenes-objetivo de calidad en base a principios educacionales ampliamente aceptados y el monitoreo de las actividades de enseñanza-aprendizaje tanto intra como extraescolares. Las propuestas de evaluación a través de monitoreo continuo presuponen que se definan quiénes son los agentes involucrados en el proceso educacional de formación de médicos.

⁵ Hudson, R. P.: "Abraham Flexner in Historical Perspective", in Barzansky, B. & Gevitz, N.: "Beyond Flexner". Greenwood Press, N. Y., 1992, pag. 8.

En primer lugar, hay que considerar toda una gama de trabajadores, de funciones técnicas y administrativas, que también deben ser considerados actores de ese proceso. Ellos son, de acuerdo al lenguaje de la gerencia de la calidad, clientes y proveedores internos que se articulan cotidianamente en las funciones de docencia, investigación y servicios. Sin embargo los alumnos no pueden ser concebidos como simples clientes, ya que todo verdadero aprendizaje presupone una cierta instauración del individuo como sujeto activo y no como receptor pasivo. De aquí que el monitoreo continuo, vis a vis la evaluación de la calidad, tiene que contar también con la participación de estudiantes que además son quienes mejor pueden indicar el alcance de las actividades extracurriculares ya mencionadas. A ese conjunto de agentes (docentes, dirigentes, alumnos, técnicos, etc.), en tanto actores institucionales, compete asumir integralmente todas las áreas de esa nueva modalidad de evaluación de la calidad. Por estas razones se vienen proponiendo la denominación de evaluación total, que involucre la idea de un monitoreo articulado continuo y una participación universal.

Por lo tanto deberá concebirse que la evaluación sea pensada e incorporada como mecanismo permanente (y no terminal) de una voluntad de conocer mejor la situación actual y de realizar los esfuerzos institucionales para el perfeccionamiento de sus acciones y resultados. Esto evitaría que los parámetros de calidad y los ajustes necesarios fuesen vistos como resultados de una intervención exterior y hasta que sean considerados como autoritarios.

El proyecto de evaluación, antes que nada, tiene que ser asumido enteramente como algo de interés de todos los agentes y que no va a producir exclusiones ni penalizaciones, sino que traerá para todos la oportunidad de contribuir al cambio permanente.

Actualmente pueden encontrarse experiencias de aplicación de los principios de perfeccionamiento de la calidad en la gerencia de hospitales y otras organizaciones de salud, en todas partes del mundo, inclusive en diversos países de América Latina. Al respecto, localizamos en Estados Unidos la experiencia más antigua en este nuevo campo del saber médico -garantía de calidad en salud (health care quality assurance) - cuyo objetivo: "es el monitoreo del desempeño con vistas a mantener y mejorar su calidad". Este abordaje se identifica con la evaluación convencional basada en parámetros externos y con aquella concepción que plantea que la mejoría de la calidad se consigue identificando, denunciando y castigando el error. Ello se hace a través de auditorías posfactum que evalúen la conducta médica, mediante muestras del universo de atenciones o consultas realizadas. Es dudoso que tales procedimientos puedan ejercer un efecto reeducativo sobre los médicos.

La línea de perfeccionamiento continuo de la calidad⁶ presenta un enfoque distinto, centrado en la responsabilidad en el trabajo y en la educación como forma de alcanzar progresivos niveles de calidad en el proceso productivo y, representa un abordaje diferente del significado e implica-

⁶ Donabedian, A. Specialization in Clinical Performance, What It is and How to Achieve It. Quality Assurance and Utilization Review, Vol 5, No. 6, November 1990 (114-120).

⁷ Desarrollada por el estadístico norteamericano Deming en la etapa de recuperación económica posterior a la segunda guerra mundial.

ciones del propio concepto de calidad y reconoce el juicio del consumidor en este asunto*. En esta perspectiva se ha identificado un interés cada vez mayor en la discusión y realización de experiencias de control de calidad total (CCT) en los servicios de salud.

A pesar de los evidentes progresos en la mejoría del funcionamiento de tales servicios, en prácticamente todas las oportunidades en que se analizaron las características y los resultados de la aplicación de CCT en las organizaciones de salud, se hizo patente la limitación del proceso de mejoría de la calidad, en virtud de una escasa participación de los médicos, o aun de su oposición a los nuevos métodos de producción y gerencia del trabajo, por representar un riesgo con la posible reducción de su autonomía profesional. A este respecto se observa que la instauración de verdaderos procesos de mejoría de la calidad en los hospitales exige la efectiva participación de su cuerpo clínico*.

En los Estados Unidos se desarrolló una experiencia exitosa que se inició en 1987, el National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care⁹, cuyos resultados permitieron que uno de sus principales colaboradores, el Dr. Ronald M. Berwick, pediatra de Harvard, publicara un análisis sobre la gestión de la calidad en los servicios de salud, donde afirma que el "nuevo" paradigma del Control de Calidad Total provocará una segunda revolución en las relaciones entre la medicina y la sociedad, incluso comparable con aquella ocurrida a inicios del siglo relacionada con las conclusiones y recomendaciones del informe Flexner. Allí se proponen las siguientes características de la evaluación total derivadas de dicha experiencia:

- Es un proceso
- Involucra a todos los actores
- Se desarrolla en forma permanente, no es terminal
- No genera exclusiones, ni penaliza.

3. Marco de referencia de la formación médica

Las observaciones antes señaladas nos llevan una vez más a reconocer la necesidad de tomar en consideración las íntimas y complejas relaciones que se dan entre el proceso de trabajo y el proceso de formación de médicos.

Un abordaje al tema de las relaciones entre el trabajo y la formación médica, obviamente debe partir de dos conceptos fundamentales; (i) el paradigma de la medicina y (ii) el proceso de trabajo.

* Para una visión sintética de esta propuesta ver en el Anexo I, un listado de las principales características de la gestión tradicional y de la gestión de calidad total.

⁹ Putting the Health Care TQM, A Model for Integrated TQM: Clinical Care and Operations, A GOAL QPC, Health Care Application Research Committee Report, Methuen, 1992.

¹⁰ Berwick, M.D., Godfrey, A.B. and Roessner, J. Curing Health Care, New Strategies for Quality Improvement. A Report on the National Demonstration Project on Quality Improvement on Health Care, Jossey Bass, San Francisco, 1991.

En cuanto al paradigma de la medicina, aquí entendido como el conjunto de elementos que conforman su práctica tanto como la formación de sus agentes, constituye un rico acervo de categorías explicativas y elementos de valor o juicios que, contruidos y reconstruyéndose permanentemente en busca de su propia afirmación, dan soporte y direccionalidad a los intereses presentes en este campo de práctica. Este cuerpo doctrinario, para los objetivos de la discusión que aquí se pretende realizar, destaca los siguientes componentes:

- Concepto de salud-enfermedad
- Conocimiento - tecnología
- Valores consagrados por la ética
- Significado práctico de la calidad.

Todos estos núcleos conceptuales están presentes de una determinada forma en lo que convencionalmente se denomina el paradigma de la medicina flexneriana:

_la enfermedad es un estado de desequilibrio provocado por uno o varios factores, cuya naturaleza o forma de actuación puede ser desvelada por el conocimiento científico, a partir del cual también se elaboran instrumentos de intervención que se orientan a restaurar el equilibrio anterior, que es la salud;

_la tecnología médica¹¹ está constituida por todo el acervo de conocimientos (originado predominantemente en las ciencias biológicas) organizados para los fines prácticos y específicos de intervenir sobre aquellos estados de desequilibrio, intervención que requiere medios de apoyo diagnóstico y terapéutico colocados a disposición por una vigorosa industria de bienes de consumo, considerados cada vez más indispensables para la buena práctica de la medicina;

_los valores éticos consagrados son postulados universales referentes a una relación idealizada donde todo “el saber y los recursos tecnológicos” deben ser puestos por el médico al servicio del paciente. Aún más, la propia consagración de esos valores éticos es una atribución de la corporación profesional; y,

_el significado práctico de la calidad, que se traduce en la excelencia de la formación/especialización de los profesionales y en la densidad y modernidad tecnológica que los mismos manejan, significado que responde a los intereses concretos de producción y reproducción del saber (a través de los profesionales) y de la tecnología (industria de insumos médicos).

Los compromisos implícitos o tácitamente establecidos entre el enfermo y su médico, tanto los que se refieren al proceso como aquellos relativos a los resultados de la actuación médica, están profundamente marcados por esa forma de entender el “binomio” salud-enfermedad y las formas de intervenir sobre el mismo, es decir los valores éticos consagrados y el significado práctico

¹¹ El concepto de tecnología médica aquí expresado como base la aceptación de Nilton Vargas en su artículo “A Tecnologia é de Deus ou do Diabo?”, in: Ciencia, Tecnologia e Desenvolvimento, Brasília, CNPQ 1983, cap 4.

de la calidad no se definen de modo absoluto, sino que se relacionan con el significado del saber y de la tecnología médica prevalentes.

Los elementos constitutivos del proceso de trabajo son su objeto, el agente sobre el que actúa y los medios de los cuales se vale para actuar:

O = objeto del proceso del trabajo médico, la salud (o la enfermedad) de personas (y colectividades)

A = agente del proceso de trabajo, el profesional de salud.

M = medios de trabajo, el conjunto de instalaciones, equipamientos y materiales consumidos en la prestación de servicios.

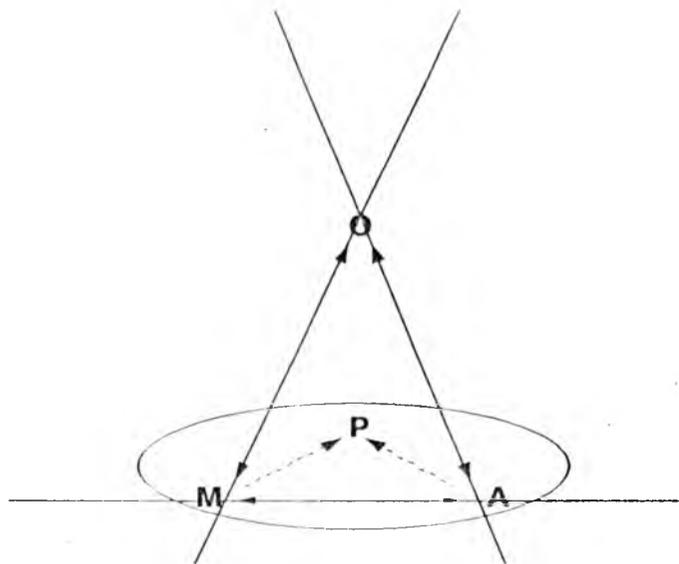
En el área de la salud, o para ser más específicos, en el campo de la producción de servicios médicos, pueden ser apuntados tres grupos de intereses alrededor del proceso de trabajo de este campo de producción:

_ Los intereses de los pacientes (que como consumidores de servicios deberían ser denominados usuarios), que personifican el objeto del proceso del trabajo médico, esto es, la salud ¿ o la enfermedad?);

_ Los intereses de los agentes de este proceso de trabajo, que son los médicos; y

_ Los intereses del complejo industrial proveedor de equipamientos e insumos.

El paradigma de la medicina, que se tornó hegemónico a lo largo de este siglo con su construcción doctrinaria (estructura conceptual que da soporte y direccionalidad para la realización de sus intereses), fue elaborado predominantemente en el espacio de la articulación entre los agentes del trabajo -los médicos- y los productores/oferentes de los medios del trabajo médico -el complejo médico hospitalario (con todos los insumos que los abastecen). El actor situado (o sitiado) en el tercer polo del campo de intereses es el paciente que paradójicamente tuvo poco que contribuir en aquella construcción. La representación gráfica de este proceso de conformación del paradigma (P) podría ser la siguiente:



El trabajo de Abraham Flexner representó uno de los momentos más destacados en la historia de la construcción de este paradigma. Su contribución por la vía de la educación médica fue de suma importancia para todo el desarrollo subsecuente del modelo de educación y de la práctica médica americana, hoy vigentes en el mundo entero. En verdad, como menciona Nogueira:

“El Flexnerianismo representa, ante todo, una manipulación corporativa de los principios educacionales, en relación a los cuales el autor del famoso informe, como una persona preocupada con los aspectos formales del sistema de educación, no puede ser directamente responsabilizado. Las ciencias de la vida y el conjunto de las técnicas intervención que se asocian con la clínica médica servirán de base para la construcción de un dominio autónomo de los espacios del saber y de las prerrogativas profesionales de los médicos¹²”.

Este paradigma, así construido, conforma la práctica médica y -porque no podría ser diferente- también la educación de los médicos: no sólo la formación escolar, enclaustrada en los límites formales de los currículos de graduación, sino también la “formación paralela” que los estudiantes realizan durante su vida académica (el famoso currículo informal), la formación especializada y la educación continua que los médicos persiguen durante toda su vida profesional.

El abordaje analítico antes presentado, aunque evidentemente insuficiente dado su carácter aproximativo y algo esquemático, fue a propósito adoptado para facilitar la argumentación que retoma el objetivo de este documento, la discusión sobre la aplicación de gestión de calidad en la escuela médica. Sin embargo no se pretende desarrollar una propuesta de aplicación mecánica del enfoque gerencial en la escuela médica, en este caso, reducida a su dimensión formal de

¹² Su ensayo bajo el título “Os médicos e a Gestão de Qualidade em Saúde -Superando a Herança Flexneriana”, preparado por solicitud del Programa de Recursos Humanos de la OPS/OMS, presenta un análisis bien fundado sobre este asunto.

unidad de producción de servicios educacionales, cuyo desempeño funcional podría mejorar con el uso de métodos innovadores de gestión.

El supuesto fundamental es el reconocimiento de que la gestión de calidad tendría potencialidades para generar transformaciones en el paradigma flexneriano, en la medida en que éste contiene en su núcleo un concepto de calidad anterior ahora cuestionado y que en expresión de Nogueira:

“... supondría la existencia de formas de subordinación a controles y normas de conducta establecidas fuera de la profesión, cosa que no existía hace dos décadas. La instancia legitimadora de los criterios de calidad, parece finalmente dejar de radicar exclusivamente en el cuerpo de profesionales médicos y en las formas consagradas de control del saber por la corporación. Los médicos pretenden ahora una cooperación en el establecimiento de los patrones de calidad, pero no son más los únicos actores en la escena, al contrario de lo que sucedía en el círculo de calidad flexneriano.”

El corolario de ese supuesto es que un movimiento para un nuevo paradigma se realiza tanto en el plano del cuidado médico como en la formación de sus profesionales. En el campo de la prestación de servicios, este movimiento se viene realizando hace más de veinte años, tomado de los procesos de calidad (health care quality assurance). En la escuela médica: ¿cómo es la situación?, ¿cómo podría evolucionar en el futuro próximo?, ¿será un movimiento que viene a la cola de las transformaciones ocurridas en los servicios?, ¿donde está el nuevo Flexner?

Esto es lo que se espera poder responder con el enfoque de gestión estratégica de calidad en la medida que ésta,

- (i) permita analizar permanentemente la práctica médica, sus modalidades de organización y funcionamiento y sus cambios, acompañando y actuando tanto sobre el currículo formal como sobre el informal, para que sus actividades puedan ser evaluadas y perfeccionadas;
- (ii) supere las limitaciones de los instrumentos convencionales de evaluación centrados en la selección de los mejores (Flexner) para constituirse en un incentivo a la mejoría de todos, incluso a través de la introducción de un nuevo paradigma;
- (iii) conduzca, a partir de esto, a la definición más concreta de nuevos objetivos de calidad a ser alcanzados por la institución, en sustitución a criterios universalistas, a veces poco aplicables a las diferentes realidades de los países del continente americano; y finalmente,
- (iv) represente una forma de enjuiciar los problemas de la educación médica, en sintonía con los avances de la ciudadanía y de los procesos de participación de la

reajustes en cuanto al modelo conceptual y el compromiso social que hoy orienta la formación de médicos.

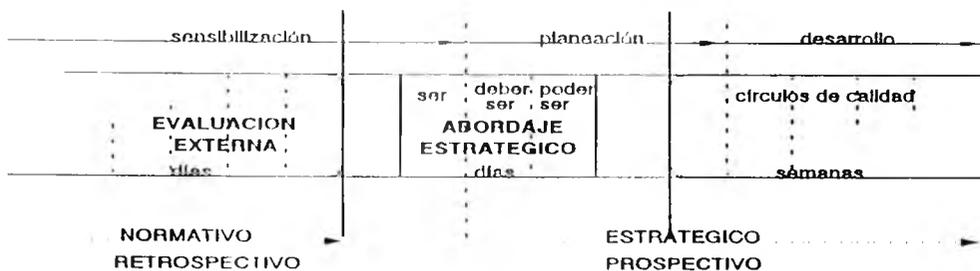
Entre la evaluación externa y la realización de un seminario de planificación estratégica, sería necesario un proceso de negociación con la dirección de la institución, tomando en cuenta el resultado de la evaluación y la real disposición de la escuela de seguir en el proceso de gestión de calidad.

En una segunda etapa se adoptaría un enfoque estratégico, buscando democratizar el conocimiento de la escuela médica en su entorno y en sus programas, fundiendo reflexión con acción en la práctica médica e investigativa. El colectivo de actores sensibilizado por la primera etapa de evaluación externa pero no comprometido con ella, debe reconstruir el escenario, profundizando en el análisis de situación y la consideración de los determinantes sociales involucrados. Luego explicitan sus deseos y valores en la proyección de su propuesta de desarrollo: la misión de la institución.

En una tercera etapa (y a partir de aquí de manera continua) se identifican las tácticas y estrategias de implementación de esta propuesta y que acompañan, introduciendo los ajustes necesarios, toda la realización del proyecto en un esfuerzo permanente de evaluación de calidad. En este contexto, y al contrario de lo que sucedía en el pasado, un aporte sustancial de la capacitación del futuro médico se da a través de su inserción inmediata en múltiples unidades de servicios de salud que constituyen su eventual futuro mercado de trabajo.

Parte de esa experiencia se da bajo la orientación de la escuela médica pero también en gran medida puede ocurrir por iniciativa directa del alumno, conformándose en efecto un verdadero currículo oculto o informal. Eso lleva a que su adiestramiento dependa cada vez menos de estructuras y actividades mantenidas por la propia unidad académica a la que se vincula el alumno. El propio mercado de trabajo como espacio de pasantías y capacitación en diversas funciones viene satisfaciendo las necesidades de preparación tecnológica del médico, aunque no tenga la capacidad de dar una respuesta adecuada a las necesidades de formación integral del futuro profesional. Naturalmente, la verdadera educación médica, tanto en términos de actitudes de valores, como de conocimientos, es mucho más que una simple preparación tecnológica y tiene que involucrar conocimientos, habilidades, actitudes éticas y compromiso social.

La secuencia descrita se puede representar en forma esquemática como sigue:



- (i) la evaluación externa se puede realizar con la participación de un consultor externo, un representante local (externo a la escuela) y un representante de la propia escuela, y se extendería por un máximo de cuatro días. No se aconseja la aplicación de cuestionarios exhaustivos sino la utilización de una guía de orientación de las visitas y entrevistas a todas las dependencias en que se desarrolle el trabajo de la institución (enseñanza, investigación y extensión) (pasos 1 a 4).
- (ii) El taller de planificación estratégica en el cual el primer día (paso 5) sería dedicado al análisis de situación (práctica médica-práctica investigativa-práctica educativa): en el segundo día (paso 6) se discutiría, con un enfoque prospectivo⁴³ la misión de la institución, tomando en cuenta la visión de una imagen-objetivo futura y los principios que orientan el quehacer de la escuela. En esta visión se estaría considerando, obviamente, el esbozo de un nuevo paradigma, con base en el cual se formularían propuestas para el desarrollo de la educación médica. Finalmente, en el tercer día (paso 7) se analizarían las estrategias de desarrollo en el contexto de la reorganización de la práctica educativa y en función de la identificación de los principales obstáculos al logro de la calidad. Asimismo, se establecerían los criterios para el monitoreo de los procesos académicos, incluyendo la sugerencia y/o selección de eventos trazadores del análisis de calidad⁴⁴.
- (iii) La tercera etapa representa ya la incorporación a la rutina de la institución del proceso de gestión de calidad e incluye como primer paso, la constitución, sensibilización y entrenamiento de los círculos de calidad de la educación médica. En

⁴³ Rovere, Mario: Planificación estratégica de los recursos humanos, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 96, OPS, 1993.

forma periódica representantes de estos círculos de calidad se reunirían en una comisión de coordinación para la revisión de la evaluación total y de los métodos de desarrollo pro-calidad.

Esta descripción corresponde a una formulación muy preliminar del proceso, el cual no sólo deberá ser más elaborado ya en casos específicos de aplicación, sino que podrá ser adaptado de acuerdo con los actores directamente involucrados. Desde luego, cada uno de los pasos constituye un proceso complejo que compromete a diversos actores internos y externos y que se puede realizar a través del análisis de componentes institucionales de diversa naturaleza y jerarquía epistemológica, utilizando un conjunto de criterios y principios orientadores. En cuanto a la naturaleza de los actores y las condiciones de su acción en una evaluación de calidad total, se deben considerar los siguientes criterios:

- _protagonismo de los actores internos, tomando en cuenta los factores objetivos y subjetivos de la acción de los mismos,
- _proceso participativo comprometiendo grupos que comparten prácticas y procesos de producción comunes o afines,
- _continuidad del análisis que se da en el proceso educativo (carácter permanente),
- _direccionalidad hacia el perfeccionamiento continuo de la calidad del proceso educativo, de acuerdo a la imagen objetivo construida,
- _problematización activa (identificación y explicaciones) caracterizando los mecanismos por los cuales se obstaculiza el avance hacia la imagen objetivo.

5. Conducción del proceso de evaluación total

Tres pre-requisitos son necesarios para que se inicie un proceso de evaluación en los moldes aquí preconizados:

- _decisión y apoyo de la dirección superior de la escuela;
- _funcionamiento permanente de un grupo de coordinación de la calidad de la enseñanza;
- _apoyo externo en la forma de consultoría en gestión de la calidad total.

La dirección de la escuela más que el apoyo formal, debe demostrar entusiasmo e interés con la idea de evaluación total y estar dispuesta a contribuir creativamente en todas las etapas del proceso. Esto implica un cambio de actitud y de expectativas habituales, que llevan a los directores a esperar que alguna solución milagrosa sea aportada a través de la consultoría. De hecho, el papel del consultor es el de alguien que facilita un proceso de elaboración grupal a ser realizado paulatinamente y que va emergiendo de la propia institución como resultado del esfuerzo mancomunado.

Debe ser recordado -como objetivo pertinente- uno de los puntos fundamentales de la filosofía de calidad: "Hacer que todos en la institución trabajen en el sentido de alcanzar la transformación. La transformación es una tarea de todos". Este compromiso de la dirección debe ser

expresado ante toda la comunidad escolar a través de reiteradas señales y manifestaciones que dejen claro el compromiso de la dirección con el proceso de transformación para la mejoría continua de la calidad de la enseñanza.

En la etapa intermedia del proceso (paso 5-7), como no todos pueden estar involucrados, es decisivo contar con una comisión o grupo de coordinación que sea representativo de la comunidad escolar. Dicha comisión estaría integrada por personas que reúnan atributos tales como espíritu de liderazgo y desprendimiento, identificación con la institución, creatividad y capacidad de dedicarse y contribuir con el proceso. La indicación de los integrantes de la comisión es de responsabilidad de la dirección, respetando los criterios antes indicados.

El papel del consultor, en este caso particular, es de “abogado del diablo” ante la dirección, llegando hasta el punto en que prevalezcan los criterios más objetivos en la composición de la comisión.

En líneas generales, el trabajo que debe ser realizado por la comisión comprende:

a) conducir un permanente planeamiento estratégico del proceso de evaluación total,

b) estimular la formación de grupos de voluntarios (círculos de calidad) que ejecuten la evaluación total,

c) apoyar la puesta en práctica de soluciones a los problemas identificados por los grupos.

Para realizar este conjunto de tareas, la Comisión deberá pasar por un período de capacitación, coordinado por el consultor que involucre por un lado, un ejercicio de reflexión y análisis en profundidad de la evaluación total y, por otra parte, el entrenamiento en el uso de conceptos y herramientas de calidad, tomadas como auxiliares para difundir e implantar en toda la institución el Método de Análisis y Solución de Problemas (MASP).

El papel del consultor, en esta metodología, supone una actuación eminentemente creativa y no prescriptiva, buscando presentar sugerencias y críticas que ayuden al esclarecimiento de situaciones, la investigación de problemas, la selección entre alternativas de solución, dejando siempre en evidencia que no cuenta con ninguna fórmula mágica para conducir la escuela a una especie de mundo fantástico de la calidad.

La Organización Panamericana de la Salud promueve activamente esta iniciativa con el propósito de contribuir al logro de los esfuerzos que las universidades, facultades y escuelas de medicina

de la Región realizan para responder a los desafíos de este fin de siglo. Se aspira por tanto a que este instrumento movilice voluntades, actores y capacidades para definir las nuevas orientaciones de la misión y de las políticas institucionales que transforme el quehacer y las estructuras de las escuelas.

Esas orientaciones, se reitera, tienen que ver con los nuevos patrones y niveles de calidad científica, educacional y de servicios; con la nueva ética de la salud, las respuestas a las demandas sociales y con el activo seguimiento y la incorporación crítica en los cambios de la práctica médica y su impacto sobre la formación, la cultura y la ideología de los médicos.

En Punta del Este puede ocurrir, si las escuelas latinoamericanas lo consideran necesario y así lo establecen, el punto de partida de un nuevo paradigma y de una nueva educación médica en América Latina.

ANEXO I*

GESTIÓN TRADICIONAL

Calidad es costosa

Basada en el supervisor

La calidad está en el control

El trabajador es el mayor responsable de los errores

Sobrenormatización del trabajo

El temor y la recompensa son métodos eficaces para motivar

El personal es mercancía: se compra, se vende, se descarta

Culpa a los "proveedores"

Evalúa el éxito por lo logrado (evaluación retrospectiva)

GESTIÓN DE CALIDAD

Calidad baja los costos

Basada en el trabajador

La calidad está en la gestión

La organización es la mayor responsable de los errores

Normas flexibles en la organización

El temor conduce al desastre y destruye los equipos de trabajo

El personal es capital:

se conserva, se desarrolla

Colabora con los proveedores

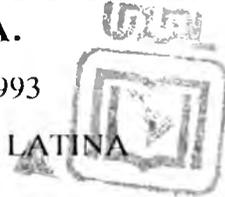
Se preocupa por su horizonte (evaluación retro y prospectiva)

* Adaptado de Aguayo, Rafael. En "El método Deming" Ed. Javier Vergara S.A. Buenos aires, 1993, pag.34 y 35.

LOS CAMBIOS DE LA PROFESION MEDICA Y SU INFLUENCIA SOBRE LA EDUCACION MEDICA.

Edimburgo, Escocia, 8-12 de agosto de 1993

DOCUMENTO DE POSICION DE AMERICA LATINA



INTRODUCCION

A siete años del fin del milenio y del plazo que los países del mundo acordaron para el logro de la meta de Salud Para Todos se reúne la Cumbre Mundial de Educación Médica, en la misma ciudad en que hace cinco años se realizara la Conferencia Mundial promovida por la Federación Mundial de Educación Médica.

Analizar las características de la educación médica obliga a reflexionar sobre las principales tendencias sociales y políticas así como sobre el modelo de desarrollo económico dominante. Es en función de la organización y dinámica del Estado, de la economía, del desarrollo científico y tecnológico y de las necesidades sociales, entre ellas la salud y las formas en que se organiza su atención, que se estructura, se mantiene o se modifica la práctica médica. A su vez las mismas condicionantes, sea directamente o a través de la propia práctica, orientan y moldean los contenidos, las estrategias y los mecanismos del proceso de formación médica.

Tal abordaje no fue contemplado en la Primera Conferencia de Edimburgo (1988) cuando se centró el análisis en las dimensiones educacionales (curriculares) de la práctica universitaria, en las implicaciones individuales de la práctica profesional y en la extensión de los espacios institucionales de formación. Ello impidió resaltar y actualizar la naturaleza y especificidad de las relaciones entre proyecto educativo y contexto sociosanitario. De alguna manera, para las escuelas de América Latina, las conclusiones de Edimburgo significaron en lo esencial líneas para una mayor eficiencia educacional en el marco de un modelo educativo no cuestionado.

En esta nueva oportunidad, las Escuelas y Facultades de Medicina de América Latina concurren a la Cumbre Mundial, no como espectadores indiferentes ante el complejo escenario actual, sino con la preocupación de participar en la reflexión y el análisis objetivo y sereno de las ideas, la acción y el compromiso de la educación médica en la sociedad actual.

Para la formulación del presente documento de posición, se desarrolló durante los últimos doce meses un amplio trabajo preparatorio con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (PAHO/WHO) y de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades/Escuelas de Medicina (FEPAFEM).

En este esfuerzo se cumplieron las siguientes etapas :

1. La preparación de documentos básicos encomendados a científicos sociales, economistas, educadores médicos y salubristas de la región (1,2,3,4).

1. Realización de un "task-force" en la OPS/OMS en Washington, del 28 de septiembre al 2 de octubre de 1992 que revisó los documentos referidos y produjo uno denominado "Los cambios de la profesión y su influencia sobre la Educación Médica" (5), mimeografiado de once páginas, que se constituyó en el instrumento motivador para la consulta a las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.

1. Realización de consultas a través de reuniones internacionales (subregionales) y nacionales con las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina:

— Asociación Centroamericana, incluyendo representación de República Dominicana (San José, Costa Rica).

— Conferencia Andina de Educación Médica, con participación de representantes de las Asociaciones Colombiana, Venezolana, Peruana, Boliviana y representantes de facultades de medicina de Ecuador (Cartagena, Colombia).

— Corporación de Promoción Universitaria de Chile, con la participación de todas las Facultades de Medicina del país (Santiago, Chile).

— Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (La Plata, Argentina).

— Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (Mérida, México).

— Associação Brasileira de Educação Médica (Londrina, Brasil).

— Facultades de Medicina de Bolivia (Cochabamba, Bolivia).

— Facultades de Medicina de Cuba (La Habana, Cuba).

— Facultades de Medicina de Paraguay y Uruguay (Asunción, Paraguay).

1. Reunión sobre Servicio Social y Comunitario auspiciado por la Josiah Macy Foundation, PAHO/WHO y FEPAFEM (Washington, DC, EEUU) (6).

1. Consolidación del documento de posición de América Latina en un grupo de trabajo en Caracas, con la participación de OPS/OMS y FEPAFEM. (7)

En distintas etapas de la evolución de esta consulta regional y ya cuando se elaboraba el documento final, se tuvo conocimiento de ajustes de la propia programación de la Cumbre, con la introducción de nuevos temas y propuestas de tópicos a ser considerados al interior de cada tema. Para incorporar los aspectos discutidos en las diversas consultas a la estructura cambiante de la Cumbre fue necesario un reordenamiento interno de los contenidos en la forma en que se presentan a continuación.

TEMA 1 - EL CONTEXTO GENERAL

I.1. ESTADO Y SOCIEDAD: NUEVAS RELACIONES

América Latina no termina de transitar su difícil camino de reconstrucción democrática. Las conquistas políticas y sociales obtenidas están siendo amenazadas por una larga crisis económica y por las políticas de ajuste que casi uniformemente se ejecutan en la mayoría de los países. El modelo de desarrollo vigente no puede hacer compatibles los objetivos de estabilidad y crecimiento económico con los requerimientos sociales de bienestar.

La constitución del mercado como fuerza dominante de la dinámica económico-social y su expansión universal, consolida el proceso de globalización de la economía, reconstruyendo los bloques económicos y de poder a nivel mundial. Así mismo se ha visto una progresiva disminución del papel del Estado en el desarrollo social, especialmente en los campos de salud y educación, con una tendencia a transferir responsabilidades fundamentales al sector privado sin la garantía necesaria de equidad en la oferta de los servicios.

I.2. SITUACION DE SALUD Y DE LOS SERVICIOS

Este ajuste ha traído como consecuencia un impacto diferencial en las condiciones de vida y de salud de los diferentes grupos sociales, observándose la convergencia de antiguos problemas como hambre, lepra, tuberculosis, y la reaparición de epidemias que se creían desterradas para siempre como el cólera; con las nuevas patologías -como el SIDA- y los productos indeseables del desarrollo como los desequilibrios ecológicos, las radiaciones, el stress relacionado con el trabajo y la violencia.

Se suma a esto un marcado deterioro en los ya insuficientes servicios de salud con la correspondiente disminución en la accesibilidad a los servicios de salud de grandes sectores de la población. Este impacto ha sido mucho mayor por el dominio de un modelo de atención de salud centrado en la enfermedad y el individuo, y con la aplicación de tecnologías de alto costo, sin una racionalidad básica que favorezca la utilización equitativa de los servicios. Simultáneamente a estos procesos se evidencia un significativo incremento de la participación de diversas fuerzas sociales en la defensa de sus derechos ciudadanos, lo cual plantea un reto a las instituciones de la sociedad política a fin de articular a sus procesos de gestión la acción de la sociedad civil.

En este contexto, el mercado de trabajo restringe la absorción de nuevo personal mostrando tendencia a desviar la composición del equipo hacia niveles de menor complejidad profesional o la utilización de los más calificados con subvaloración de las condiciones de empleo. La relativa sobreoferta de médicos en algunos países no significa que se haya logrado la cobertura universal de servicios. Podría ser considerada paradójica la situación donde hay suboferta de servicios al mismo tiempo en que médicos y otros profesionales se encuentran cuantitativa y cualitativamente subutilizados.

**CRISIS-AJUSTE
REDUCCION DEL ESTADO**

ACUMULACION EPIDEMIOLOGICA

**REDUCCION CAPACIDAD OPERATIVA:
SERVICIOS DE SALUD
UNIVERSIDAD**

I.3. LA UNIVERSIDAD

Igualmente en las universidades y escuelas superiores, se ha sentido el impacto negativo del ajuste estructural, afectando tanto a su funcionamiento como al desempeño de los profesores. El mercado de trabajo académico está en recesión, los salarios han caído a niveles inusitados y los conflictos laborales se observan con mayor frecuencia. Esto ha obligado a las universidades a redefinir sus políticas incluyendo la búsqueda de fuentes alternativas en el camino de fortalecer su capacidad de autofinanciamiento.

Se han hecho evidentes al interior de las facultades conflictos de poder entre sectores que reflejan la competencia por los escasos recursos, así como contradicciones inherentes a intereses contrapuestos en la estructura de la práctica médica y en la sociedad. Esta conflictividad ha revelado crisis de liderazgo y de gobernabilidad en algunas instituciones, y de manera más extensa la baja capacidad de planificación y de gestión administrativa de las instituciones académicas y la reducción acentuada de la reflexión institucional sobre la propia educación médica.

Este escenario tiende a encasillar las preocupaciones universitarias en planteamientos que siguen a una lógica de corto plazo teñida por la necesidad de sobrevivencia institucional. Así pueden verse afectadas tanto la calidad del proceso educacional y la investigación, como la preocupación universitaria en la reconstrucción de las prácticas de salud.

Se hace necesario desarrollar procesos de planificación estratégica, jerarquizar objetivos y establecer prioridades, en especial a la identificación de necesidades de los grupos que no llegan a tener una expresión efectiva a nivel universitario y local.

La universidad determina con cierto grado de autonomía la organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales. Es, por consiguiente dentro de esos límites, donde se dan las posibilidades de creatividad e innovación. La universidad y las facultades de medicina deberán utilizar ese espacio de autonomía para definir su compromiso con la sociedad.

I.4 LAS EXPECTATIVAS CRECIENTES Y LA DISMINUCION DE LAS OPORTUNIDADES

La demanda por mejores condiciones de salud, ha sido parte de un largo y penoso proceso de lucha en América Latina. En los últimos años, un mayor protagonismo de diferentes fuerzas sociales, en la defensa de sus derechos con especial referencia a la salud ha sido evidente. Un mayor conocimiento de lo que el desarrollo científico y tecnológico está en condiciones de

ofrecer a la solución de los problemas de salud, también es evidente. A esto se añaden las demandas inducidas por el complejo médico-industrial, todo lo cual genera en la población expectativas cada vez más crecientes de que es posible una mejor salud para la población. Sin embargo, estas expectativas se enfrentan a la gran problemática de la "crisis médica" que se viene manifestando cada vez con mayor fuerza. Crisis de cobertura, crisis en la calidad de la atención, frente a un progresivo deterioro de las condiciones de vida de la población. Igualmente, se cuestiona desde distintas perspectivas la validez de la educación y práctica médica frente a las exigencias sociales. Estudiantes y profesionales se quejan que la Universidad no los prepara adecuadamente para la práctica futura. por otra parte, es manifiesta la inconformidad de la sociedad frente a una profesión médica que trata a los individuos como objetos, reduciéndoles a la condición de máquina biológica. El ser humano se aliena frente a las decisiones que tienen que ver con su salud. A esto se agrega el crecimiento incontrolado del costo de la atención médica que se vuelve insostenible e inaceptable en el contexto de un descontento generalizado.

TEMA II - LA NATURALEZA CAMBIANTE DE LA PRACTICA MEDICA

II.1. LA PROFESION MEDICA BAJO TENSION

No cabe duda, la fuerte influencia que, desde fines de los 70, ha tenido sobre la práctica médica la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS), sea por la sincera búsqueda de una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, el deseo de reencontrar una síntesis en un conocimiento médico sobre fragmentado, un intento de reducir los crecientes costos de la atención o por diferentes mezclas de estos objetivos. Lo cierto es que se han multiplicado en el mundo experiencias más o menos exitosas, siguiendo tal orientación.

Sin embargo, la gran movilización de recursos financieros que se observa en el sector salud en países desarrollados y la emulación resultante de las dimensiones internacionales de la práctica médica en los países de la Región, condicionan una influencia creciente de la lógica y del pensamiento económicas sobre las constantes redefiniciones del modelo prestador.

EN SITUACIONES EXTREMAS EN EL MUNDO MODERNO SE HA ALCANZADO UN GASTO PER CAPITA EN SALUD SUPERIOR AL PRODUCTO BRUTO PER CAPITA DE CUALQUIER PAIS DE LATINOAMERICA

La tensión de ahí resultante se puede ejemplificar con la colisión que se produce entre el enfoque económico que busca la reproducción ampliada de las inversiones del capital en el sector y los principios básicos de lo que se ha propiciado bajo la orientación de la APS.

El primero de estos principios es el de los modelos de medicina o práctica general, medicina integral, rural y familiar. Cualquiera que sea el nombre, se trata de una propuesta que en sus bases económicas contraría los principios de "segmentación de mercado" y de "diversificación de producto" que asociados *vis a vis* con los mecanismos de especialización y subespecialización resultan mucho más funcionales al mercado.

Un segundo principio es que más vale prevenir que curar, considerado como concepción prevalente de la Salud Pública. La alta rentabilidad de los servicios de demanda inelástica (es decir insensibles al precio) hace que para la teoría económica se invierta esta concepción, teniendo en cuenta que es ahí donde el paciente no tiene opción y el producto incorpora mayor valor agregado.

Esto condiciona que la atención a la salud se venga organizando cada vez más bajo los mismos paradigmas que cualquier empresa con fines de lucro. Para la rentabilidad del capital invertido se estimula el aumento del consumo a través de la expansiva diversificación de productos y de concentración de servicios curativos de alta complejidad. En este contexto la APS representa, en realidad, una contrapropuesta.

En un balance de los últimos quince años se observa que mientras la APS y el derecho a la salud han resultado exitosos en la construcción del discurso sanitario y han logrado algunos avances en la situación de salud, el Complejo Médico Industrial, sin discursos, ha tenido un éxito mucho mayor en sus realizaciones, entre otras cosas en la reconfiguración de la práctica médica.

II.2. INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PRACTICA MEDICA

La práctica médica cambia rápidamente en las últimas décadas de una modalidad autónoma y liberal a una práctica colectiva e institucionalmente intermediada. El vertiginoso desarrollo científico y tecnológico promueve la sucesiva e incesante división técnica y social del trabajo médico y el cuidado es atomizado entre distintos trabajadores, siendo que frecuentemente ninguno de ellos tiene la visión holística del paciente en cuanto ser integral y social. En términos de la división social del trabajo, la medicina considerada el prototipo de una profesión, pasa a segmentarse para atender a diferentes estratos de la sociedad que presentan posibilidades diferenciales de consumir servicios de salud. Ultimamente se puede constatar una tendencia a la formación de profesionales diferenciados para atender a tales estratos sociales, lo que podría en algún tiempo llevar a una segmentación de la profesión entre los especialistas y los profesionales generales, los últimos encargados de atender a los estratos más deprimidos de la sociedad. Esto podría tener el efecto de llevar en corto plazo a la ruptura de esta unicidad profesional.

En tales circunstancias el contacto singular entre el médico y paciente pasa a tener un rol secundario en las decisiones sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos. Las influencias de terceros, como son los prestadores de servicios de salud de toda naturaleza, seguros sociales y/o privados, mutualidades, organizaciones y advocacias (intermediadores) de las partes interesadas pasan a juzgar el rol esencial en esta decisión.

Sin embargo hay un largo mosaico de modalidades de organización de la prestación de servicios y la modalidad liberal de práctica médica sigue emulando y siendo el punto de referencia de la mayoría de éstos profesionales, que no perciben la rápida pérdida de grados de autonomía en su práctica.

PRACTICA MEDICA TECNOLOGICA-INSTITUCIONALIZADA

- **"TRABAJO COLECTIVO" INTERDEPENDIENTE CON OTRAS ESPECIALIDADES**
- **"AUTONOMIA REDUCIDA" POR INSTANCIAS DE DECISION EXTERNA**
- **"SEGMENTACION SOCIAL" POR PATRONES ECONOMICOS Y TECNOLOGICOS DE ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS**
- **"ETICA SOCIAL" EXTERNA A LA RELACION MEDICO-PACIENTE**

II. 3. DILEMAS DE LA EDUCACION MEDICA

El enfrentamiento entre complejidad y cobertura, resulta poco visible y en consecuencia se encuentra fuera del debate de la formación médica tanto de pregrado como de postgrado.

El proceso de formación no es un mero espejo del "mundo del trabajo". La educación es un proceso social que tiene elementos intermediarios que son parte de su naturaleza: trabaja con lo simbólico y lo subjetivo de lo social, con la cultura y la ideología médicas. Por eso las transformaciones educativas no responden directamente a los cambios de la práctica del trabajo. Aun cuando forman parte de una misma historia y van en la misma dirección, la práctica y la educación médica no evolucionan con el mismo ritmo, ni con los mismos contenidos.

Este desfase a veces genera contradicciones y tensiones de difícil solución. Un ejemplo de esta afirmación es que lo poco que queda de la práctica médica liberal típica en el mercado de servicios de salud corresponde a la práctica de algunos docentes de medicina. Esto ejerce una influencia ideológica sobre los estudiantes de medicina, quienes siguen aspirando a una práctica autónoma ya superada, lo que está en contradicción con la realidad en que probablemente se insertarán.

Esta situación de "independencia subordinada" a lo social global y al trabajo específico para el cual capacita a sus agentes, le define a la educación médica posibilidades y limitaciones, márgenes de autonomía y de dependencia. En el nivel de las actividades de diagnóstico la tecnología ha cambiado la base de apoyo de la decisión técnica (cada vez es menor la importancia de la historia de vida y la anamnesis), y en el nivel del plan asistencial, debido a la colectivización del trabajo y la organización empresarial, se ha producido una disociación de las dimensiones médicas del tratar y del asistir.

LA PRACTICA EN EL NUEVO CONTRATO SOCIAL

- **PROMOCION DE LA SALUD Y DEFENSA DE LA VIDA EN CONDICIONES QUE LA HAGAN POSIBLE Y DIGNA**
- **ORIENTACION SOLIDARIA CON EQUIDAD Y POLITICAS SOCIALES QUE PRIORICEN LOS PROBLEMAS SANITARIOS**
- **IDENTIFICACION DEL "GENERALISTA" COMO POSICION LEGITIMA Y ATRACTIVA DE VALIOSO AGENTE DE SALUD**

RECONOCIMIENTO SOCIAL, ACADEMICO Y ECONOMICO DE LA CAPACIDAD DE ATENDER Y/O RESOLVER LAS PATOLOGIAS MAS COMUNES, CON LA TECNOLOGIA Y RECURSOS REQUERIDOS Y DISPONIBLES

Muchas facultades asumen un bajo compromiso concreto frente a la realidad de salud de la población. Desde las políticas de admisión pasando por la estructura del cuerpo docente, contenidos curriculares, desarrollo científico tecnológico, metodologías pedagógicas y alternativas de especialización. Los indicadores de éxito orientan más hacia la aprobación de exámenes de admisión a residencias en el país o en el extranjero que a la respuesta a las cambiantes necesidades y demandas de la sociedad.

Esto se hace más evidente en muchos países de la Región que cuentan con servicios sociales obligatorios en el postgrado inmediato, generalmente en áreas rurales o urbano marginales dirigidos a una práctica de medicina general con fuerte contenido social. Sin embargo, en casi todos los casos, esta práctica no se utiliza para la definición del perfil educativo del pregrado ni como una oportunidad de formación de postgrado supervisada y académicamente acreditada.

III.4. ETICA INDIVIDUAL Y ETICA COLECTIVA

Históricamente la defensa de las bases éticas de la medicina, expresada en el juramento hipocrático, hubiera bastado para rechazar muchas de las prácticas y actitudes que hoy forman parte de la "cultura profesional". Sin embargo el cambio radical de las bases de la relación médico paciente y la presencia de una vasta estructura de intermediación demandan la expansión de las bases éticas hacia una dimensión más social y colectiva.

En efecto se han configurado nuevas relaciones, mediadas por lo institucional, entre prestadores y consumidores adición y/o sustitución del médico y su paciente. Ambos pertenecen ahora a una tercera instancia: los servicios, sean públicos, de una empresa médica, con o sin fines de lucro, o de un seguro de salud.

Las facultades de la región enfrentadas a este dilema prevén abrir el espacio para un mayor control social de la práctica. Se entiende que la velocidad con que ocurren los cambios y con que se introducen tecnologías, procedimientos y formas de organización en la atención médica, están planteando modificaciones que es necesario acompañar con procesos de evaluación.

Dicha evaluación debe trascender los márgenes de la eficiencia y de la capacidad resolutoria para incluir aspectos de relevancia social de cara a la realidad de salud de cada país. La universidad y en especial las facultades de medicina pueden tener un activo papel en este campo.

Al mismo tiempo se hace necesario incorporar a este proceso de evaluación a los pacientes y a la población en general además de las instancias institucionales en que se desempeña el personal de salud, lo cual incluye a los diferentes servicios de salud, a gremios y asociaciones profesionales.

TEMA III: RESPUESTA A LA EXPANSION DEL CONOCIMIENTO Y AL AVANCE TECNOLÓGICO

Este tema fue cuestionado en cuanto a su concepción planteada sólo como "respuesta", el cual debería incluir todo el proceso de desarrollo del conocimiento, con la producción, análisis, aplicación, diseminación y evaluación sistemática del mismo y de las tecnologías de él resultantes. En el mismo sentido se llamó la atención a la restricción del tema a las ciencias clínicas cuando debería abarcar todo el campo científico de interés de la salud, incluyendo las ciencias sociales y de la propia educación; también debe tomar en cuenta el potencial científico extraseccional que puede tener impacto en la calidad y estilo de vida.

III.1 RECONSIDERACION DE LA BASE CIENTIFICA DE LA MEDICINA: ARTICULACION DE LOS CONOCIMIENTOS BIOMEDICOS Y SOCIALES

El objeto de estudio de las facultades de medicina es el ser humano en su integralidad biológica y social indivisible, por lo cual debe superarse la estrecha concepción que asigna carácter científico en salud únicamente a lo clínico-biológico. Esto plantea un falso dilema entre ciencias naturales y sociales e impide la articulación de saberes distintos, restringiendo la comprensión y acción coordinada e interdisciplinaria frente a la problemática de salud de la población.

Las ciencias sociales deben constituir uno de los ejes articuladores del proceso educativo, incorporándose en cada uno de los niveles de la carrera para apoyar la explicación integral de los fenómenos y determinantes del proceso salud-enfermedad, individual y colectivo.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que salvo reconocidas excepciones, no existe una cultura científica en las escuelas de medicina, sino la aplicación pragmática de lo clínico bajo la presión del incremento extraordinario de la información médico-científica y la expansión tecnológica biomédica. Se carece de investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos para resolver problemas de salud. La formación en ciencias básicas está en crisis. No han respondido crítica y científicamente a la pregunta: ¿básicas para qué? En consecuencia, se han convertido en unidades selladas, impenetrables, desarticuladas de la formación clínica y social. Esta visión biologicista, genera un culto a la enfermedad y por ello también a la tecnología, y constituye una barrera para la incorporación de las ciencias sociales en el contexto de cada disciplina.

Entender la sociedad, aprender a comprender la inserción social de la medicina, es cada vez más importante. Esta laguna de conocimientos frente a la creciente complejidad de nuestras sociedades, da como resultado la formación de profesionales desadaptados en mayor o menor grado, con consecuencias negativas tanto para su vida familiar y profesional como para la vida de sus pacientes y su sociedad. Se hizo hincapié en las facultades consultadas en las ciencias sociales y no en las ciencias del comportamiento, los dos no son términos intercambiables y lo social no es explicable por comportamientos.

**ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO
ARTICULACION DEL CONOCIMIENTO BIOMEDICO Y SOCIAL
PROBLEMATIZACION VERSUS SOLUCION DE PROBLEMAS
INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL INVESTIGATIVA
RELEVANCIA SOCIAL Y CALIDAD TOTAL**

III.2. INTERDISCIPLINARIEDAD Y ENFOQUE PROBLEMATIZADOR

El eje articulador fundamental de la educación médica es la interdisciplinariedad. La formación interdisciplinaria permite una explicación científico-técnica integral y profunda de la problemática de salud, por cuanto se desarrollan las distintas perspectivas de las diferentes disciplinas y se plantean las posibles alternativas de solución o de intervención en conjunto, mientras se abre espacio a la investigación y producción colectiva de conocimientos.

La causalidad y dinámica complejas del fenómeno salud-enfermedad, sólo puede explicarse con categorías interdisciplinarias de análisis. A partir de su introducción al inicio de la carrera, se puede lograr su desarrollo en el escenario de la atención primaria de salud, donde se materializa el compromiso social de los procesos formativos y de los servicios.

La aplicación del método científico, durante el proceso de formación, frente a los problemas de salud de la realidad concreta, exige del abordaje interdisciplinario, la utilización de procedimientos, técnicas e instrumentos que permitan conocer y abordar la realidad a la vez que diseñar y comprobar alternativas para la solución de dichos problemas.

A diferencia de la educación basada en problemas, cuyo énfasis se pone generalmente en dar respuestas terapéuticas adecuadas a una serie de problemas (usualmente clínicos), la problematización aplicada al contexto de la salud pone énfasis en el proceso de reflexión y análisis sobre los problemas de salud desde muchas perspectivas y en toda su complejidad. La intención de problematizar el contenido de la educación médica es superar el concepto de educación basado en la incorporación de un repertorio de respuestas a ser aprendidas, por el de la adquisición crítica tanto de una disciplina para analizar, reflexionar y estudiar problemas de salud, como la destreza para hacer uso de un arsenal de instrumentos útiles a la resolución de los mismos. Se trata de generar oportunidades para proponer de manera sistemática posibles explicaciones y aproximaciones resolutorias a problemas de salud. Sin embargo, hay que tomar en cuenta el peligro potencial de la implementación de pedagogías de solución de problemas que pueden atentar contra la diversidad en la generación de alternativas y aproximaciones en diversos contextos.

Este abordaje educativo considera problemas reales de los servicios de salud; el grupo básico de trabajo o equipo de salud, comprometido con la solución del mismo, aplica el método científico, clínico o epidemiológico según el escenario o problema que se aborde; para esto los currículos deben estar diseñados con la concepción de multidisciplinariedad, basados en los problemas de salud.

El desafío planteado por el uso adecuado o inadecuado de tecnologías y conocimientos para la solución de relevantes problemas de las poblaciones, tiene una vigencia permanente y de grandes

y profundas implicaciones, requiriendo de espacios para la reflexión científica sistemática y seria, con especial énfasis en el estudio de la práctica institucional o de prestación de servicios.

III.3. EVALUACION TECNOLOGICA

Sería un error cerrar las puertas del saber y la práctica médica a las realizaciones y posibilidades tecnológicas, pero será necesario fijar prioridades, criterios de eficiencia y eficacia tecnológicas, integrar tecnologías autóctonas e impulsar tecnologías apropiadas.

La presión que generan los desarrollos tecnológicos y científicos, ha llegado a establecer culturas institucionales y currículos que no pocas veces definen la formación médica como aplicación de tecnologías en la práctica clínica y no como investigación para la generación y adopción crítica de conocimientos para resolver problemas de salud.

En consecuencia las instituciones se enfrentan al desafío de incorporar acríticamente estos desarrollos suponiendo que constituyen un bien en sí mismos, o reformular las bases científicas de la producción e incorporación de ciencia y tecnología, asumiendo crítica y sistemáticamente este campo tanto para responder a requerimientos sociales y éticos de cada contexto, como para superar la dependencia y estimular la potencialidad creativa y productiva de estudiantes e investigadores locales.

La superación de la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas en el contexto de la medicina moderna obligará a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad. Por ese camino transitan las posibilidades de resolver este viejo dilema de la educación médica. Será necesario continuar formando mejores especialistas al tiempo que se rescata y fortalece la formación general de grado reubicándolo en el equipo de salud y promoviendo su papel y estima sociales.

También en el campo educativo han incidido las tecnologías, agregando nuevos contenidos curriculares hasta sobrecargar más allá de todo límite posible el plan de estudios, al tiempo que uniéndose a tendencias orientadas a la búsqueda de una mayor eficiencia educativa, incorporan determinadas tecnologías pedagógicas que promueven la selección crítica de contenidos y la autoeducación permanente por parte de los estudiantes.

III.4. DESARROLLO DEL PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE EN UN CONTEXTO ASISTENCIAL E INVESTIGATIVO

Los problemas que son objeto de estudio, la forma y lugar en que los alumnos se exponen a los mismos y los abordajes que desarrollan, deben repensarse para valorar el carácter científico, la utilidad práctica del saber y las intervenciones sociales y contextualizar la utilidad del quehacer médico o clínico individual, frente al quehacer de la salud pública y de otras ciencias. Esta integración se da en el trabajo y en la práctica frente a problemas reales, a través de la participación en actividades de investigación/ docencia/ asistencia interdisciplinarias.

Sin embargo, no se trata de una práctica comunitaria que se limita a ratificar la división de la práctica profesional reflejada en el contraste entre escenarios de aprendizaje marginales y desprovistos de recursos y otros, tecnológica y científicamente sobreequipados. Esta situación, inscrita en los currículos ocultos, lleva de hecho a una doble moral en las futuras promociones médicas.

Las experiencias de integración con frecuencia han sido entendidas como sinónimos de laboratorios comunitarios o como la utilización de los ambientes hospitalarios para las actividades educativas, sin que en ninguno de los casos implique un cambio del modelo educacional o un compromiso efectivo con la población o el servicio. Se debe resaltar el concepto de integración docente asistencial vigente en América Latina que encierra un compromiso global de la universidad y de la facultad con los servicios y la población, que ciertamente supera en su alcance el enfoque comunitario que predomina en otras regiones.

Una parte integral de la misión de cada centro académico de la salud, debe ser su compromiso hacia una comunidad definida, manifestado a través de la investigación, promoción y cuidado de la salud que, en sí mismo deben poder generar un ambiente de aprendizaje adecuado.

CONCLUSIONES

Al término de esta etapa preparatoria para la Cumbre Mundial de Educación Médica, en el contexto de América Latina merece destacarse la consideración de que el esfuerzo realizado tuvo la virtud de recolocar el tema de la educación médica en el debate del desarrollo de recursos humanos para la salud en la Región.

En la serie de consultas realizadas, estuvieron representados directamente o a través de la respectiva Asociación Nacional, un total aproximado de 230 Facultades de Medicina, lo cual corresponde a 80% del total de escuelas de la subregión.

Las consideraciones a que se llegó y que están incluidas en este documento, no constituyen conclusiones finales ni recetas elaboradas, sino que se presentan como un resumen de las posiciones de las diferentes instituciones que respondieron a la consulta. Se ha tratado de rescatar las ideas contenidas en cada uno de los documentos, dando relevancia a las grandes problemáticas comunes a toda la Región.

En los aspectos que tocan a esta reunión, se destaca el siguiente escenario:

- un amplio proceso de democratización y construcción de ciudadanía;
- la aparente superación de la crisis económica con la adopción de las políticas de ajuste estructural;
- la reducción del Estado con impacto desfavorable en los sectores sociales;
- el énfasis en el derecho a la salud y la reformulación sectorial;
- una significativa incorporación tecnológica y aumento incontrolable del costo de la atención a la salud;
- la colectivización del trabajo médico en reemplazo progresivo de la práctica liberal;
- amplia experimentación de innovaciones educativas enfocadas a la transformación del perfil profesional y al perfeccionamiento didáctico pedagógico.

A partir de los debates realizados y teniendo en cuenta específicamente los aspectos relativos a la formación médica, fue posible resaltar lo siguiente:

- la necesidad de generar un nuevo modelo científico biomédico y social que proyecte y fundamente un nuevo paradigma educativo en función del individuo y la sociedad;
- la necesidad de un nuevo sistema de valores que trascienda la influencia de los cambios de la práctica, reconstruya la ética del ejercicio profesional y garantice la función social de atender las necesidades de salud de la población;

- la conveniencia de desarrollar estrategias de trabajo interdisciplinario y metodologías problematizadoras, que puedan reenfocar con mayor profundidad y nuevos criterios de priorización, la temática fundamental;
- sin embargo, es fundamental que el desarrollo de la integración docente-asistencial-investigativa tome la estrategia de atención primaria como objeto de investigación y aprendizaje y ponga a prueba el compromiso de la universidad con la sociedad, alejándose de la utilización del espacio comunitario como simple campo de práctica;
- la importancia de superar la contradicción entre la formación de especialistas y generalistas, obliga a la educación médica a enfrentar críticamente la determinación tecnológica del criterio médico de calidad que afecta tanto la ética profesional como la equidad.

Las consideraciones anteriores plantean con carácter urgente la obligación que las facultades y escuelas de medicina, definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad.

En función del cumplimiento de los propósitos planteados, la Región deberá continuar promoviendo un intenso debate que conduzca a la construcción de las nuevas relaciones entre la universidad, los servicios de salud y la sociedad como un todo, debate que debería ser enriquecido con las conclusiones de esta Cumbre Mundial de Educación Médica.

Referencias

1. Schreiber, L.; Medici, A. & Gonçalves, R.B.M.: "El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigmas económicos tecnológicos". Documento mimeografiado, agosto 1992, Sao Paulo, Brasil.
2. Lip, C.: "Los cambios en la profesión médica y sus implicaciones en la educación médica". El caso de Perú, agosto 1992, Lima, Perú.
3. Byrne, N. & Rozental, M.: "Current trends in medical education and a proposed direction for medical education in Latin America", septiembre 1992, Toronto, Canada.
4. OPS/OMS: "Política de Investigación de Recursos Humanos en Salud", mayo 1992. Washington, DC, USA.
5. Brito, P.; Campos, F.; Ferreira, J.R.; Rodríguez, M.I.; Rovere, M.; Ruiz, L.; Santana, J.P. & Vidal, C.: "Los cambios de la profesión y su influencia sobre la Educación Médica", septiembre 1992, Washington, DC, USA.
6. Josiah Macy Foundation, PAHO/WHO & PAFAAMS: "Community and Social Service", Marzo 1992, Washington DC, USA.
7. OPS/OMS & FEPAFEM: Consolidación de las consultas realizadas en América Latina, mayo 1993, Caracas, Venezuela.

Federación Mundial de Educación Médica
**CUMBRE MUNDIAL
SOBRE
EDUCACION MEDICA**

La Profesión Médica en Evolución

Edimburgo, 8-12 de agosto de 1993

RECOMENDACIONES¹

PREAMBULO

La Cumbre Mundial sobre Educación Médica de 1993 fue un importante acontecimiento internacional en el campo de la educación médica. Las precursoras de esta Cumbre fueron la Conferencia Mundial de 1978 sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata (de la entonces Unión Soviética) donde se adoptó el programa mundial de Salud para Todos en el Año 2000, y la Conferencia Mundial de la Federación Mundial de Educación Médica de 1988 que formuló la Declaración de Edimburgo. La Declaración estableció el derrotero para la educación médica con miras a promover la salud y el bienestar de la humanidad. El progreso hacia estas metas ha sido considerable a pesar de los impedimentos del subdesarrollo en algunos países, de los reveses en

¹ Cita para las Recomendaciones:

Federación Mundial de Educación Médica

Actas de la Cumbre Mundial sobre Educación Médica

H.J. Walton, editor,

Medical Education, 1993, 28, Suplemento 1, págs. 140-9.

ISSN 1352 -392994

Medical Education, Vol. 28, Suplemento 1,

publicado por

Blackwell Scientific Publications Ltd., Oxford,

e impreso por

Lorthian Regional Council, Edimburgo

FEDERACION MUNDIAL DE EDUCACION MEDICA

Universidad de Edimburgo

Centro de Educación Médica

11 Hill Square, Edinburgh EH8 9DR

Teléfono: 031 650 6209 ó 031 650 8109

Fax: 031 650 6537

Télex: 727 442 (UNIVED G)

el desarrollo que se había alcanzado en otros países y de la complejidad del propio proceso de cambio. Es absolutamente necesario seguir adelante con la tarea. No puede dejarse al azar y a la deriva.

La Conferencia Mundial de 1988 estableció una estructura orgánica para promover la calidad de la educación médica con cuatro niveles de acción: mundial, regional, nacional e institucional. Las seis Asociaciones Regionales de la Federación Mundial de Educación Médica, vinculadas con las seis Oficinas Regionales de la OMS, interactuando con otros organismos e instituciones, principalmente el UNICEF, la UNESCO, el PNUD y el Banco Mundial, representan una extensa red internacional para la realización de los cambios requeridos en la educación médica. La Conferencia de 1988 lanzó una serie de proyectos y actividades, que han continuado hasta el presente.

La Cumbre Mundial de 1993 afrontó una nueva serie de retos. Están ocurriendo cambios mundiales que afectan profundamente a la educación médica: vastos incrementos en la población en algunos países; extensos cambios en las estructuras políticas nacionales y regionales; recesión económica; recursos cada vez más escasos; guerras y violencia; la propagación de la pandemia del SIDA; la reaparición de enfermedades que se consideraban controladas; sistemas de atención sanitaria en estado de desorganización con cobertura inadecuada de poblaciones; y costos crecientes fuera de control. El público percibe que las facultades de medicina distan mucho de responder satisfactoriamente a estos retos.

Con demasiada frecuencia se considera que las universidades y facultades de medicina están preocupadas de sus propios asuntos académicos y alejadas de los problemas de su sociedad. La tendencia de la medicina a convertirse en una empresa comercial constituye una grave distorsión de su compromiso tradicional con la atención y la actividad curativa. A veces, se percibe que los avances en la tecnología biomédica reducen el aspecto humanitario de la medicina. Se considera que los médicos muestran poca comprensión hacia ciertos pacientes tales como los que sufren de SIDA.

La medicina ha estado sometida a un análisis minucioso. Los adelantos en la ciencia han abierto nuevas oportunidades para mejorar la atención de los pacientes y de la comunidad; los sistemas mejorados de atención sanitaria prometen una mayor justicia social; y las innovaciones en la educación médica aportan importantes opciones para el cambio. Pero hay graves deficiencias en la educación médica.

La Cumbre Mundial de 1993 examinó una amplia gama de problemas que inciden en la educación médica. Estuvieron presentes 240 delegados procedentes de 80 países, cada uno de ellos líder en su propio país. Los organismos de las Naciones Unidas, la OMS, el UNICEF, la UNESCO, el PNUD y el Banco Mundial, y muchas organizaciones no gubernamentales y entidades de ayuda bilateral, fundaciones y asociaciones profesionales brindaron su apoyo activo y estuvieron representadas a un alto nivel.

El objetivo primordial de la Cumbre fue el de presentar un panorama sistemático de la gama completa de problemas, identificar respuestas apropiadas y formular estrategias para poner en práctica las recomendaciones en todo el mundo.

Temas.

En el contexto más amplio

Las expectativas del público con respecto a la medicina son muy grandes. La demanda de servicios sanitarios aumentará con el proceso democrático que emerge en muchas regiones del mundo. El papel tradicional del médico como agente de curación, unido a los avances espectaculares en la ciencia biomédica, ha creado una demanda más amplia para los servicios. Si bien, quizás inicialmente la oferta solía impulsar estos servicios, actualmente los consumidores informados buscan los beneficios de la medicina moderna, y el mercado responde.

Pero el contexto en el que actúa el médico también ha venido cambiando, en un dinamismo que conlleva sus propios problemas y complejidades; los patrones de demografía, morbilidad y mortalidad han variado; con frecuencia parece que los médicos no pueden medir las repercusiones que tienen sus decisiones clínicas sobre los costos; los servicios sanitarios no han logrado llegar a quienes más los necesitan; los costos han aumentado sin que se vislumbre el final de esta tendencia, las fuerzas del mercado que actúan en la atención sanitaria han distorsionado la medicina orientándola hacia el comercio; hay más especialistas de los que se necesitan, mientras que escasean los médicos generalistas, se resta importancia a la prevención de la enfermedad; y ha aumentado la impresión de que el papel reverenciado del médico como guardián de la salud y compañero durante el sufrimiento ahora suele parecer un vestigio del pasado.

Frente a estos cambios y críticas, ¿dónde se halla la educación médica y cuál es el lugar que ocupan sus guardianes, las universidades? La paradoja es que, a pesar de estas críticas, han ocurrido importantes avances, tanto en la ciencia como en la calidad de la medicina y de la educación médica. Se han incorporado a los currículos nuevos conceptos esenciales para la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad. Se ha evolucionado hacia métodos más eficaces de enseñanza. La educación médica ha traspasado los claustros académicos para llegar al centro mismo de las realidades de la sociedad donde las necesidades de salud son mayores. Pero este gran progreso ha sido demasiado fragmentado, ha dejado al margen a demasiadas facultades de medicina y no ha logrado adquirir la masa crítica necesaria para la consolidación del cambio.

La educación médica se ve confrontada por la necesidad impostergable de organizarse a fin de reducir sus debilidades y aumentar sus puntos fuertes. Sin embargo, esa tarea se torna más difícil debido a que tantos aspectos de su quehacer están fuera de su control. El contexto del ejercicio de la medicina es la sociedad con parámetros económicos, culturales, políticos, burocráticos y ambientales. La medicina se ha de convertir en un agente más eficaz en instaurar el orden en los entornos y sistemas donde ha de realizar su labor.

Los *fundamentos éticos del ejercicio de la medicina* han contribuido en gran medida al respeto en que se le mantiene. La comprensión de sí misma por la medicina en términos de los valores morales que sustentan las relaciones entre médicos y pacientes, y entre los proveedores de atención sanitaria y las comunidades, está aumentando. Cada vez se considera más la ética médica como un componente indispensable de los currículos y su enseñanza está pasando del aula a la cabecera del enfermo y a la comunidad donde los estudiantes pueden aprender de las interacciones con otros. Pero la conmoción mundial que afecta a la medicina en general también se deja sentir en el campo ético. Los avances en la ciencia así como las limitaciones de recursos suscitan nuevas cuestiones éticas. El modelo apropiado de la ciencia en la medicina ha dejado de ser simplemente biomédico y es, además, social y psicológico. Un nuevo campo ético es el

relacionado con el valor a cambio del dinero y la ética de la prioridad y la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades de los pacientes y las comunidades. La justicia social y la igualdad de oportunidades para todos reciben cada vez más apoyo. La importancia creciente que se asigna a la democracia participativa también ha conducido a cambios en el proceso de toma de decisiones en la medicina, apartándose del papel tradicional del médico como único árbitro, a favor de una mayor participación directa de los pacientes y las comunidades. La tendencia hacia la comercialización de la medicina suscita graves cuestiones éticas de conflicto de intereses para los médicos. El SIDA y otras enfermedades crónicas constituyen un reto para las sensibilidades sociales y la respuesta ética de los médicos. Por consiguiente, la ética tiene un papel diferente y ampliado en la educación médica, al enriquecer la comprensión de los valores básicos de la profesión. Actualmente se plantean retos profundos al razonamiento y a la acción moral tanto a los médicos como a las instituciones de enseñanza de la medicina.

Retos que están surgiendo

Entre los mayores retos a los que debe hacer frente la profesión médica figura la *transición sanitaria*: se están observando cambios en los tipos de enfermedades más comunes en los países en desarrollo, tales como las carencias y las infecciones, y se constata un aumento de las enfermedades cardiovasculares y de otra índole propias de los países desarrollados. Las poblaciones están envejeciendo: el lapso de vida promedio es ahora mundialmente de 65 años; en los países en desarrollo, es de 63 años. El cáncer, la enfermedad cardiovascular y la diabetes son causas importantes de mortalidad en los países desarrollados y en desarrollo. El costo de la atención de las enfermedades crónicas por morbilidad persistente supera considerablemente al de curar una infección aguda. Al propio tiempo, muchos países en desarrollo no se han librado aún de la carga que representan las enfermedades debidas a la infección y a la malnutrición. El conocimiento acerca de la infección y la malnutrición ha avanzado mucho más en su aplicación práctica. La forma de abordar la atención de las enfermedades tropicales ilustra cuán escasamente se aplican los resultados de la investigación.

Los sistemas de atención sanitaria son imperfectos. El descontento de la sociedad debido a los costos cada vez más elevados, una calidad deficiente, real o percibida, y la falta de acceso - condiciones todas ellas que en apariencia están empeorando- recae sobre los gobiernos. Las personas atendidas y aseguradas deficientemente constituyen la norma, aun cuando dejan escuchar menos su voz en el terreno político. Los médicos no están lo suficientemente conscientes del estado de salud de quienes no visitan sus clínicas.

Hay una aplicación desigual de la atención primaria de salud en muchos países debido a la extrema pobreza, a intereses creados o a prioridades en conflicto a menudo relacionadas con la defensa. Los desembolsos en salud por persona de muchos países desarrollados superan al producto nacional bruto per capita de los países en desarrollo. Los médicos suelen mantener un enfoque principalmente orientado a la enfermedad. Por el contrario, algunos países de bajos ingresos han optado por invertir en la salud y en otros sectores sociales en beneficio propio. Los cambios políticos y la perturbación económica en la Europa del este amenazan a las redes de seguridad social. Las nuevas fuerzas del mercado pueden tener efectos imposibles de pronosticar sobre el sector salud y el comportamiento de los médicos.

Hay un desequilibrio profesional de especialistas en relación con los médicos generalistas. En los países desarrollados en particular, el público puede preferir consultar especialistas, aunque

sea para afecciones no complicadas. La sociedad no puede permitirse los números de especialistas deseados y no debería hacerlo. Entre tanto, muchos médicos generalistas competentes permanecen subempleados, siguen cursos costosos a nivel de postgrado o emigran. No es probable que los especialistas se establezcan en zonas insuficientemente servidas. A menudo, no se considera que un médico de familia, bien capacitado, haya tenido una formación "especial" a pesar de que tenga títulos de postgrado. Un departamento de una facultad de medicina pudiera producir un exceso de especialistas en parte para justificar su existencia. Los desequilibrios se reflejan en un superávit de médicos con escasez de enfermeras, de otros profesionales de salud menos costosos y, a menudo, más eficaces.

Los adelantos tecnológicos de nuestra época sorprenden tanto al público como a los profesionales. Se afirma que la explosión del conocimiento biomédico de los últimos cuarenta años ha sobrepasado todo el conocimiento de la historia anterior del hombre. La sociedad ha invertido sabiamente en la investigación médica; ahora es importante prestar una atención mayor a su costo, a la aplicación de sus resultados y a los factores éticos que entran en juego. Para hacer frente a los avances científicos, los médicos necesitan nuevos conocimientos y aptitudes.

El SIDA pone de relieve de forma singular las debilidades de los médicos. Esta "catástrofe en cámara lenta" constituye un reto para las aptitudes de comunicación de los médicos; responsabilidad para dar atención compasiva a largo plazo; capacidad de afrontar cuestiones tales como la muerte, la sexualidad, estilos de vida diferentes e impotencia terapéutica; y el conocimiento de la salud pública y la enfermedad infecciosa. Además, la interacción entre el SIDA y el médico es un prototipo de muchas afecciones más comunes de la sociedad moderna: consumo de drogas, la serie de enfermedades crónicas de las poblaciones que envejecen y otras enfermedades infecciosas nuevas o que están recrudeciendo.

Respuestas de la educación médica

La medicina ética se esfuerza por hacer bien y no dañar. Si bien es cierto que muchas de las soluciones a los retos mencionados van más allá del conocimiento de los médicos o incluso de las responsabilidades del propio sector sanitario, la profesión médica ha de cumplir mejor su contrato social. El médico para el siglo XXI ha de volverse a plasmar.

Los médicos han de promover la salud, prevenir y tratar la enfermedad y rehabilitar a los incapacitados de forma compasiva y ética. Cada vez más, han de hacerlo dentro de las limitaciones de recursos. Pero la sociedad, la profesión y los educadores médicos piden más. Los médicos también tienen que ser mejores proveedores de atención primaria; comunicadores; pensadores críticos; aprendices motivados durante toda la vida; especialistas de la información; practicantes de la economía aplicada, la sociología, la antropología, la epidemiología y la medicina del comportamiento; administradores de equipos de salud; y defensores de las comunidades.

La dirección de la reforma

Un grupo de educadores médicos en 1988, tras consultas prolongadas propuso las 12 reformas de la *Declaración de Edimburgo*:

- Entornos educativos pertinentes
- Un currículo basado en las necesidades nacionales de salud

- Importancia mayor a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud
- Aprendizaje activo durante toda la vida
- Aprendizaje basado en la competencia
- Profesores capacitados como educadores
- Integración de la ciencia en la práctica clínica
- Selección de aspirantes sobre la base de sus atributos tanto intelectuales como no cognoscitivos
- Coordinación de la educación médica con los servicios de atención de salud
- Producción equilibrada de tipos de médico
- Capacitación multiprofesional
- Educación médica continua

Estos cambios han sido adoptados y sometidos a prueba en muchas de las facultades de medicina, aunque, de ningún modo, en la mayoría de ellas, y se ha encontrado que son estrategias eficaces para subsanar las deficiencias de la educación médica. El conservadurismo de la profesión médica y las universidades, y las complejidades del cambio requerido, han resultado en una respuesta lenta a quienes son precursores de la innovación y piden a otros que los sigan. Si bien los principios de la *Declaración de Edimburgo* siguen vigentes, su aplicación continuada requiere estrategias valientes, claras, atractivas y factibles.

(I) RECOMENDACIONES DE ACCION

Las siguientes recomendaciones son la conclusión de la Cumbre de 1993, emanadas de las ponencias presentadas de los debates plenarios y los grupos de trabajo. Luego de un breve comentario de cada tema se dan ejemplos de las acciones recomendadas y los resultados previstos. Las respuestas no son completas ni universales y esperan análisis a diversos niveles, ampliación e interpretación en el contexto regional, nacional y local.

(A) PRACTICA Y POLITICA

(I) *La disyunción entre la educación médica y el entorno para el ejercicio de la medicina*

La buena educación médica exige que logre una congruencia fructífera con el sistema de atención de salud. Un médico contemporáneo no puede recibir capacitación sólo en hospitales universitarios. Sin dicha colaboración, el programa educativo tendrá una pertinencia limitada para las realidades del ejercicio de la profesión y no proporcionará capacitación apropiada que satisfaga las necesidades de la población a la que se debe servir. Esta disyunción que ocurre cuando el sistema de educación médica está divorciado de los servicios de prestación de asistencia sanitaria, sigue siendo una lamentable realidad en muchos países.

Acción: Las relaciones administrativas y de trabajo eficaces entre las universidades y los servicios sanitarios, incluidas las organizaciones locales de atención sanitaria y las comunidades, son esenciales para lograr interacciones coherentes entre la educación y el ejercicio de la profesión. Las competencias adquiridas en currículos reformados deberán ser pertinentes para las necesidades del lugar donde se ejercerá la profesión y de la comunidad.

Resultado: Nuevos arreglos políticos e institucionales para asegurar la pertinencia entre la educación y las necesidades y los patrones de ejercicio de la profesión, y satisfacción profesional en el sentido de que lo que se ha aprendido puede aplicarse con provecho.

(2) *Planificación nacional de recursos humanos en salud: repercusiones para la educación médica*

Es una cuestión de pertinencia tanto para la necesidad como para la eficacia en el uso de los recursos humanos el que los países determinen sistemáticamente el número de trabajadores de salud requeridos y los perfiles de competencia de cada categoría. Cuando no se efectúa dicha planificación, el personal sanitario puede estar gravemente desequilibrado, con duplicaciones de esfuerzo costosas e incapacidad para atender las necesidades reales. Naturalmente, las competencias, actitudes y motivaciones del personal sanitario son vitales para su eficacia. Así pues, en la planificación deberán participar aquellas personas que preparan al personal capacitado pertinente, quienes los utilizarán y aquéllas a las que prestarán servicio.

Acción: Los ministerios de salud y de educación, las instituciones de capacitación y los representantes del público deberán vincular cuidadosamente sus políticas y programas a fin de asegurar coherencia en la formación y utilización de personal capacitado. En las sociedades en las que no existen planes formales nacionales para la fuerza laboral sanitaria, será necesario formular enfoques convenidos en las instituciones de capacitación y en los grupos de usuarios para la determinación cuidadosa de las necesidades.

Resultado: (1) una fuerza laboral equilibrada en el ámbito de la salud; (2) sólidas bases para el fomento de la educación y la utilización eficiente de los egresados; y (3) mecanismos para ajustar el contenido y la calidad del personal de atención sanitaria.

(3) *Sistema de atención sanitaria: repercusiones para la educación médica*

La mayoría de los sistemas de atención sanitaria son complejos, costosos, socialmente injustos y mal comprendidos tanto por los pacientes como por los médicos. Incluso los médicos que reciben una educación médica sólida e innovadora pueden no hallar satisfacción debido a realidades del sistema de salud tales como expectativas de los consumidores, remuneración, reglamentación y, lo que es más importante, insuficiencias fundamentales del sistema. Pueden diseñarse e implantarse sistemas de atención sanitaria que sean equitativos, eficaces y de precio módico.

Acción: Las facultades de medicina han de participar más en la formulación del sistema de salud así como en la capacitación del personal. La investigación en los servicios y la enseñanza en los propios lugares donde se prestan servicios expondrán a los estudiantes a otros modelos y posiblemente crearán regímenes de atención sanitaria en los que estén más dispuestos a trabajar.

Resultado: Médicos mejor preparados, un público mejor atendido y mejor utilización de los recursos.

(4) *Especialistas y médicos generalistas: en busca de un equilibrio*

Un sistema sanitario productivo y eficaz en función de los costos ha de incluir a médicos generalistas capaces de diagnosticar y tratar la mayoría de los problemas de salud y referir sólo una pequeña proporción de los pacientes a la atención por especialistas. Muchos países desarrollados tienen demasiados especialistas y muy pocos médicos generalistas. Incluso en tales casos, algunas áreas de especialización (tales como la psiquiatría) pueden estar subrepresentadas.

Acción: Formular políticas basadas en las realidades epidemiológicas y financieras del país con miras a realzar la situación del médico de atención primaria.

Resultado: Tipos de médicos más apropiados y en números más pertinentes.

(5) *La transición sanitaria: preparación educativa*

Los perfiles de salud de los países desarrollados y en desarrollo convergen en muchos aspectos. Las expectativas de vida agregadas en los países en desarrollo son altas y también el número de defunciones causadas por enfermedades crónicas en los adultos, incluidas las personas de edad. Las nuevas enfermedades sociales (violencia, consumo de drogas, desintegración de la familia) afectan a grupos vulnerables en todo el mundo.

Acción: Las instituciones de las ciencias de la salud deberán estudiar y enseñar aspectos pertinentes de esta transición sanitaria.

Resultado: Egresados de facultades de medicina que puedan prever, reconocer y responder a importantes fenómenos demográficos, epidemiológicos y del comportamiento que afectan a las poblaciones a las que sirven, y prestar atención pertinente en términos de promoción de la salud, prevención, cura y rehabilitación a los pacientes que tratan y a las comunidades que sirven.

(6) *El SIDA y otras enfermedades crónicas: el reto de la comprensión y la compasión*

El efecto del SIDA sobre la salud del público y de las personas individualmente, sobre los sistemas nacionales de salud y sobre los médicos es cada vez más destructivo. La enfermedad ha puesto de manifiesto lagunas tanto sociales como técnicas en la preparación de los médicos para hacer frente a la pandemia. Estas deficiencias profesionales tienen importantes repercusiones para otras enfermedades más comunes.

Acción: Ampliar y profundizar la educación médica para que se extienda a la prevención, salud pública, ética, ciencias sociales, promoción de la salud, comunicación, compromiso longitudinal con los pacientes moribundos, medicina holística, tratamiento compartido, enfermedad infecciosa, sexualidad humana y derechos humanos. Asegurar que los estudiantes hacen seguimiento activo a los pacientes ambulatorios con SIDA u otras enfermedades crónicas a lo largo de las distintas etapas de su enfermedad, incluida la atención ambulatoria, por un espacio de tiempo suficiente.

Resultado: Un médico más competente, compasivo y holístico con una conciencia más aguda de sí mismo.

(B) **RESPUESTA EDUCATIVA**

(7) *Política institucional y gobierno en apoyo de la educación médica*

Las instituciones presentan distintos patrones de comportamiento. Muchas facultades de medicina no tienen un enunciado de misión. Algunas analizan ocasionalmente los currículos médicos que siguen siendo preparados por el departamento o prescritos externamente. Obviamente, la ausencia de enunciados de misión y la presencia de currículos diseñados para todo el país crean instituciones pasivas que, a su vez, producen egresados pasivos. Con frecuencia, faltan las estructuras administrativas para la planificación y la ejecución del cambio curricular o esas estructuras carecen de autoridad y los métodos de examen no guardan relación con las metas educativas. Es evidente que hay muchos impedimentos que se interponen al cambio.

Acción: El comportamiento institucional de las facultades de medicina requiere estudio, con especial atención a la formulación y ejecución de su misión. Al propio tiempo, las facultades de medicina deberán crear equipos sacados de diferentes disciplinas para diseñar y aplicar programas de educación médica general que respondan más a la necesidad local.

Resultado: Orientaciones mejor definidas para el desarrollo institucional, una inversión más eficaz de la educación y una mayor pertinencia de los egresados.

(8) *Procedimientos de selección para la admisión a las facultades de medicina*

Los procedimientos de admisión a las facultades de medicina deberán fundamentarse en la misión y la capacidad institucional y en las metas nacionales relacionadas con la fuerza laboral de salud. El sistema de ingreso libre es obsoleto. Los procedimientos de selección son esenciales y en todas partes son aceptados, pero en demasiadas facultades de medicina son arbitrarios y, cuando menos, caóticos.

Acción: Los principios de selección deberán ser claros, equitativos y válidos. Las facultades de medicina deberán formular criterios de admisión que tomen en cuenta las características tanto académicas como las no intelectuales, tales como el compromiso social y la condición de minoría. Las técnicas de evaluación de las actitudes deberán estudiarse en todas las facultades de medicina para determinar su validez e identificar las cualidades no cognoscitivas necesarias de los aspirantes.

Resultado: Egresados de todas las facultades de medicina que respondan mejor a la necesidad nacional de salud.

(9) *Formación de profesores médicos para una educación médica mejorada*

A menudo, los profesores médicos son designados principalmente por su capacidad demostrada de investigación biomédica con poca concentración en sus capacidades docentes y sus aptitudes de comunicación. Existe una preocupación justificable de que los deficientes hábitos de aprendizaje de los estudiantes de medicina son exacerbados con frecuencia por la falta de conocimientos educativos especializados de sus profesores. Sin embargo, las aptitudes aprendidas en la investigación mejoran la capacidad de los profesores para ayudar a los estudiantes a captar los conceptos de las ciencias biomédicas, sociales y psicológicas.

Acción: Las facultades de medicina deberán instituir programas para mejorar los conocimientos docentes y la capacidad de comunicación de su personal. Además, deberá exigirse que los profesores de medicina mejoren el proceso educativo. Los profesores deberán ser seleccionados, promovidos y recompensados, en parte, de acuerdo con su capacidad docente y su contribución al desarrollo de la educación. La supervisión del desempeño de los profesores, incluidas las reacciones de los estudiantes, deberán utilizarse adicionalmente para mejorar la docencia.

Resultado: Mayor avance profesional del profesor de medicina y del estudiante.

(10) *Participación de los estudiantes de medicina en la planificación y evaluación de la educación médica*

El papel de los estudiantes en su propia educación es vital. Los estudiantes de hoy son los profesores del mañana. Deberán participar en la planificación del currículo y en las labores de enseñanza. Quizás por ser más idealistas y tener menos ataduras que el personal docente y los administradores, los estudiantes son agentes poderosos para el cambio educativo necesario.

Acción: Los estudiantes deberán ser colaboradores valiosos en cada nivel de la educación médica: planificación de objetivos, gestión de la facultad de medicina, currículo, docencia y evaluación.

Resultado: Educación médica que responda a un público más amplio: la sociedad, la institución, el personal docente y, en especial, los estudiantes, sus beneficiarios activos.

(11) *El lugar de la ciencia en relación con la medicina*

La ciencia constituye el núcleo de un currículo eficaz. Los métodos de la ciencia son esenciales para definir los problemas y medir el efecto de la intervención en la atención de los pacientes y las comunidades. La enseñanza de la ciencia no puede estar separada en compartimientos y limitada a los años de la preclínica. El currículo en su conjunto requiere del pensamiento científico y crítico, la base de la medicina fundamentada en las pruebas.

Acción: Subrayar el método científico al impartir competencias de aprendizaje. Considerar la reconstrucción departamental que promueve la integración horizontal y vertical de la ciencia biomédica y, también, de las ciencias sociales y las del comportamiento en las disciplinas clínicas y de salud de la comunidad. Hacer hincapié en las ciencias económicas, estadísticas, gerenciales y de la información como pertinentes para la labor clínica.

Resultado: Un médico formado en muchas ciencias capaz de mantenerse al día en los avances científicos y comprender su pertinencia para el ejercicio de la profesión.

(12) *La base ética de la educación médica*

Hay valores y principios morales fundamentales que caracterizan y permean el ejercicio de la medicina. Los principios de la ética son aplicables en dos niveles: en la clínica y el hospital, para el bienestar de un paciente; y en las comunidades, para el bienestar de una población. Ambos exigen relaciones comparables: médico y paciente, por un lado, y proveedor de atención sanitaria y comunidad, por el otro. El contraste social entre ellos requiere un tipo de atención que sea, a la vez, correcta y buena: correcta -de un nivel técnico apropiado y, buena- a tono con los valores y prioridades del paciente o de la comunidad. Otro campo, más nuevo, de la ética médica guarda relación con la determinación de las prioridades y dimensión de los recursos en relación con las necesidades.

Acción: La ética deberá recibir siempre plena atención en la facultad de medicina, en todos los encuentros clínicos y en la comunidad. Los grupos de consulta deberán explorar continuamente los principios éticos en relación con diferentes grupos culturales y formular modelos curriculares apropiados.

Resultado: Médicos e instituciones más compasivos y mejor servicio para los pacientes y las comunidades.

(13) *Estrategias y métodos de enseñanza y aprendizaje*

La competencia y la motivación para el aprendizaje durante toda la vida, en particular en vista de la explosión de la información, son realizadas por métodos de aprendizaje eficaces. El aprendizaje basado en los problemas perfecciona las competencias de análisis, síntesis y evaluación, necesarias para la resolución de los problemas clínicos. La capacitación en la lectura crítica de los informes científicos permite a los egresados identificar avances clave en su propio campo. El aprendizaje basado en la comunidad aumenta la pertinencia. Los avances tecnológicos en los

métodos educativos, tales como el aprendizaje con ayuda de computadores, la simulación y el aprendizaje a distancia, pueden tener funciones que desempeñar en muchos entornos.

Acción: Las instituciones y asociaciones educativas deberán promover métodos activos de aprendizaje centrados en el estudiante y fomentar la organización de redes nacionales y regionales para la producción de materiales de aprendizaje apropiados y pertinentes. Las estrategias de aprendizaje deberán fundamentarse en la competencia y estar de acuerdo con las necesidades locales del personal sanitario. Se requieren estudios de validación de las técnicas de evaluación y la evaluación de las innovaciones en el currículo.

Resultado: (1) Un doctor en medicina, competente en el contexto local y motivado para mantener dicha competencia; y (2) materiales de aprendizaje y técnicas de evaluación pertinentes.

(14) Opciones curriculares para hacer frente a la sobrecarga de información

La sobrecarga del currículo es un problema fundamental y creciente en la educación médica, incluso si el aprendizaje es agradable y los estudiantes son capaces y se aplican al estudio.

Acción: Grupos de trabajo al nivel internacional y regional deberán considerar el estudio de currículos representativos. Entre los ejemplos figuran los basados en la enseñanza de sistemas; o el aprendizaje basado en problemas; o en "núcleo y opciones" con módulos clave, tales como ética o atención primaria de salud. Un currículo básico en una secuencia cuidadosamente establecida, complementado por módulos de estudios especiales, es promisorio, en particular si promueve al aprendizaje autodirigido. El núcleo subraya la base, tal como el pensamiento crítico y las competencias en comunicaciones y entrevistas, independientemente de la futura trayectoria profesional del estudiante. Las opciones curriculares proporcionan aprendizaje a fondo de acuerdo con intereses y necesidades concretas.

Resultado: Competencia básica asegurada con la gama de conocimientos requeridos por la sociedad, las instituciones y los estudiantes.

(C) LA TRAYECTORIA CONTINUA DE LA EDUCACION MEDICA

(15) Educación médica a nivel de postgrado: un criterio holístico

La planificación educativa para la educación a nivel de posgrado puede no ser racional en muchas formas. Ha de fundamentarse en un contexto de asignación general del personal, ya que, de lo contrario, un número excesivo de médicos con aptitudes mal seleccionadas seguirán recibiendo capacitación. El interés académico en la capacitación de especialistas puede cobrar más importancia que la capacitación de médicos generalistas. Los programas de capacitación de médicos generalistas carecen a menudo de reconocimiento profesional y de la confianza del público. La capacitación en todas las especializaciones es débil en la preparación de profesionales para las condiciones socioeconómicas y epidemiológicas de la atención primaria. Puede no haber una correspondencia adecuada entre la capacitación de especialistas y los exámenes de certificación. Hay ambigüedades sin resolver ya que los médicos generalistas son acreditados ahora en muchos países como especialistas en el ejercicio general de la profesión.

En muchos países en desarrollo se prepara a los egresados para que sean capaces de emprender inmediatamente el ejercicio independiente de la profesión al salir de la facultad de medicina. Los enunciados de misión de las facultades de medicina deberán especificar los tipos de egresados

que saldrán con la finalidad de que las competencias asignadas a la educación a nivel de postgrado y a los programas de capacitación de especialistas sean explícitas.

Acción: Se necesita un criterio holístico en la planificación para los campos amplios de la educación a nivel de postgrado, con mecanismos normativos que puedan apoyar la formación de un número equilibrado de médicos generalistas y especialistas. Los programas de capacitación a nivel de postgrado deben responder cuidadosamente al contexto local en el que se impartirán y se vincularán con los programas a nivel de pregrado y de educación continua.

Resultado: Una proporción equilibrada entre los que egresan como médicos generalistas y como especialistas, capacitados en conformidad con las necesidades locales y vinculados en una trayectoria continua con la educación a nivel de pregrado y educación continua.

(16) *La educación médica continua y el aprendizaje durante toda la vida*

La educación médica a nivel de pregrado y la educación a nivel de postgrado, independientemente de su duración, son insuficientes para asegurar competencia durante toda la vida. Además, el cambio curricular institucional surte poco efecto sobre los médicos que ya ejercen la medicina. Complejos cambios sociales, políticos, epidemiológicos y tecnológicos afectarán siempre a la competencia profesional de forma imposible de pronosticar. La educación médica continua es esencial para mantener las competencias de los egresados más recientes, influir en las prácticas de los egresados más antiguos, remediar los vacíos en el ejercicio de la profesión y permitir a todos los médicos responder a los retos del entorno profesional.

Acción: A medida que la educación médica continua pasa a depender en gran manera de la motivación del estudiante, han de dominarse las aptitudes de aprendizaje autodirigido en la educación a nivel de pregrado o postgrado. El contenido de la educación médica continua ha de responder a las necesidades de los médicos con aportes tanto profesionales como públicos. La educación médica continua necesita una cuidadosa planificación de la educación que incluya lo siguiente: objetivos, estrategias, competencias y evaluación. Se necesitan redes internacionales de educación médica continua y centros de recursos para compartirlos y proporcionar apoyo. Los países han de asignar fondos al proceso y los resultados en general y vigilarlos.

Resultado: Una fuerza laboral médica bien informada y competente, bien dispuesta frente al aprendizaje continuo autodirigido que participe en el cambio y responda a él.

(D) COLABORADORES EN EL APRENDIZAJE

(17) *Equipos de salud y la educación multiprofesional*

Los médicos solos no pueden proporcionar toda la atención sanitaria. Los médicos contemporáneos trabajan en equipos que representan muchas profesiones diferentes. El aprendizaje en equipos y en grupos realza la socialización profesional y proporciona oportunidades para la formación de líderes.

Acción: La educación multiprofesional, en la que los miembros de diferentes profesiones de la salud reciben capacitación juntos, establece y realza la práctica del trabajo en equipo y la colaboración esencial de la medicina con personal de salud afín.

Resultado: Médicos más eficaces en función de los costos que puedan trabajar como miembros de equipos de atención sanitaria, con un respeto mayor para los colegas, y en beneficio de los pacientes y de las comunidades.

(18) Participación de las comunidades en la educación médica

La Cumbre hizo suyas muchas iniciativas en vías de ejecución en diferentes partes del mundo, tanto desarrollado como en desarrollo, a favor de la orientación hacia la comunidad de la educación médica, y de la participación de la comunidad en la determinación de la política de salud. Ha de darse a las comunidades una parte activa en el proceso de toma de decisiones y de acción para la salud. Hay que habilitar a la gente para ejercer las mejores opciones posibles y ha de ofrecérseles protección contra la enfermedad prevenible.

Acción: Todas las instituciones educativas necesitan adoptar los numerosos proyectos y la creciente literatura sobre participación de la comunidad en la salud y el desarrollo. El proceso basado en la comunidad transformará la gama de opciones de la comunidad. La participación de las comunidades en la educación médica y en las decisiones administrativas institucionales es ahora esencial.

Resultado: La participación de la comunidad promoverá el aprendizaje interdisciplinario y el trabajo en equipo multiprofesional. Un papel mayor de la comunidad en el proceso educativo aumentará la responsabilidad y la pertinencia de la educación médica, incrementará el cumplimiento por parte de la comunidad con las iniciativas sanitarias y promoverá el desarrollo y una salud mejorada.

(19) Comunicación con los pacientes y con el público

Aptitudes de comunicación adecuadas con los pacientes, los colegas y el público son necesidades básicas del trabajo clínico. El descontento de los pacientes y del público se deben más a una mala comunicación que a cualquier otra deficiencia profesional.

Acción: Las facultades de medicina deberán identificar cómo mejorar las aptitudes de comunicación en todos los médicos futuros. Los métodos deberán incluir observación y participación en distintas actividades de comunicación, en especial las entrevistas con los pacientes y las presentaciones de casos; e incluir comunicación escrita y hablada con el público, con las diferentes comunidades, distintas culturas y medios de información. Deberá designarse a personal docente que sea competente, a fin de asegurar la promoción de dichas aptitudes de comunicación.

Resultado: Médicos que sean hábiles comunicadores, mejor capacitados para escuchar, comprender y asesorar a los pacientes, informar y educar al público y hablar en nombre de los pacientes, de las comunidades y de la sociedad.

(20) Una participación más amplia en la toma de decisiones, incluyendo al público

Las comunidades tratan de estar mejor informadas y de ejercer una mayor influencia en el sistema de atención sanitaria. Los pacientes tienen derecho a una mayor participación y control sobre su atención individual, que les hará cada vez más responsables de su propia salud.

La salud se ve muy influenciada por factores externos al sector de la salud. A medida que nos apartamos de la enfermedad y nos acercamos a una orientación sanitaria, para evitar la enfermedad y promover la salud, han de participar otros sectores. Los médicos del futuro tendrán que preocuparse cada vez más de temas no directamente relacionados con la salud.

Acción: El aprendizaje basado en los problemas en la comunidad planteará a los estudiantes demandas reales de participación por parte de los pacientes y del público. La atención de los pacientes con SIDA y otras enfermedades crónicas exige que el estudiante aprenda a interactuar

con ellos como colaboradores. Los grupos consultivos que analizan la política para el personal sanitario deberán incluir una representación adecuada de la comunidad.

Resultado: Médicos habituados a compartir el poder con los pacientes y con el público y a beneficiarse de dicha actividad, y una política social ampliamente debatida y pública.

(E) ENTORNOS DE APRENDIZAJE

(21) Entornos del mundo real para la educación médica

La educación médica está típicamente orientada al hospital, a menudo concentrada en el nivel terciario y caracterizada por enfermedades raras y tratamientos costosos. Los hábitos de trabajo y los sistemas de apoyo no son aplicables al sistema de atención sanitaria en su conjunto. Si bien tiene una importancia innegable para la capacitación de especializaciones a nivel de postgrado, el hospital docente puede desorientar a los estudiantes o frustrar la capacitación general.

Acción: Distintos entornos, tanto médicos como no médicos (lugar de trabajo, escuelas, poblados, hogares), expondrán a los estudiantes a una serie más pragmática de problemas de salud, condiciones humanas y modelos de roles profesionales, para ampliar y enriquecer su experiencia hospitalaria.

Resultado: Cuando se fundamenta en principios científicos rigurosos, incluida la epidemiología clínica, el uso de entornos más amplios producirá médicos mejor equipados y más satisfechos, dotados para proporcionar atención primaria y más conscientes de la necesidad del trabajo en equipo multiprofesional.

(22) Compromiso de las universidades con la educación médica basada en la población

La educación médica que se fundamenta en una secuencia de encuentros clínicos en los hospitales ignora el contexto epidemiológico de la salud de un paciente y de responsabilidad hacia la enfermedad. La atención sanitaria primaria requiere justicia social: es decir, cobertura universal y atención de acuerdo con la necesidad. Estas consideraciones requieren una evaluación de los grupos en poblaciones definidas independientemente de si se presentan para atención médica. La educación basada en la población requiere identificar a quienes más necesitan los servicios médicos, a menudo en razón de la pobreza, y que se les proporcione la atención que en la actualidad no reciben. La educación basada en la población requiere inevitablemente encuestas de la comunidad, participación del público y respuestas.

Acción: Independientemente de la misión, intereses o ubicación de una institución, su eficacia es realizada por un compromiso explícito a la salud de una población definida y del sistema de atención sanitaria que la apoya.

Resultado: La enseñanza, estudio y prestación de atención inicial a las personas y las comunidades, y a la gente en sus hogares, en el contexto de las necesidades de una población definida, ayuda a una institución a interpretar y atender su obligación para con la sociedad a la que sirve.

(II) COLABORACION INTERNACIONAL

El llamamiento hecho en la Conferencia Mundial de 1988 hacia un programa mundial en colaboración recibió firme apoyo. Sólo una colaboración responsable y eficaz, en la que participen todos los países, puede resultar en la aplicación de las numerosas reformas recomendadas.

Acción: Ha de establecerse colaboración entre todas las organizaciones, asociaciones, instituciones y personas responsables y ha de encargarse a esta red de asegurar que las recomendaciones de la Cumbre sean objeto de un debate, ejecución y supervisión apropiados. La Federación Mundial, los organismos copatrocinadores de la OMS, el UNICEF, la UNESCO, el PNUD y el Banco Mundial, y todos los demás órganos representados por sus delegados en la Cumbre, constituyen el marco orgánico del programa.

Resultado: Un médico renovado para el siglo XXI con una red mundial instituida para promover, ejecutar y proporcionar recursos para el cumplimiento de las 22 recomendaciones concretas y su inevitable reinterpretación en un futuro en evolución.

La Cumbre Mundial sobre Educación Médica deja constancia de su compromiso con el esfuerzo urgente para ejecutar los cambios identificados. La Cumbre está convencida de que estos cambios son esenciales si las instituciones de educación médica han de responder con eficacia a las necesidades de sus sociedades y si el personal que egresa de ellas ha de tener la competencia técnica, social y ética que se requiere del médico del mañana.

LISTA DE PARTICIPANTES

ARGENTINA

MONICA CRISTINA ABRAMZON

Universidad de Buenos Aires
Viamonte 430 Piso 2 Of 22
1053 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 311 9898 Int 1502
Fax (+54-1) 311 1808

PEDRO ARAMENDIA

Fundación Favaloro
Solis 453
1078 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 383 1110
Fax (+54-1) 381 0323

JORGE AUFIERO

Maipú 1252, P. 12
1006 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 311 1221
Fax (+54-1) 313 3235

HECTOR ALEJANDRO BARCELO

Larrea 770
1050 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 961 2741

CARLOS BLOCH

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales
Asociación Médica de Rosario
España 401
Rosario, Argentina
Tel (+54-41) 252 313
Fax (+54-41) 258 100

HECTOR BUSCHIAZZO

Federación Médica de la
Provincia de Buenos Aires
Calle 54 No. 920
1900 La Plata, Argentina
Tel (+54-21) 256 640
Fax (+54-21) 256 193

JORGE CALIFANO

Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
Tel/Fax (+54-1) 961 9980

ANA CANDREVA

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de La Plata
Calle 22 No. 161 City Bell
1896 La Plata, Argentina
Tel (+54-21) 801 467
Fax (+54-21) 258 989/253 790

CARLOS CERINI

Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
11 de Setiembre 1471 piso 2
1426 Buenos Aires, Argentina

OSCAR BRUNO CESTONA

Facultad de Medicina-Hospital de Clínicas
Universidad de Buenos Aires
Viamonte 2366 - 8.A
1056 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 951 2774
Fax (+54-1) 311 1808

VICTOR HUGO CROCE

Jacinto Ríos 571
5000 Córdoba, Argentina
Tel (+54-51) 517 299
Fax (+54-51) 520 201

CARLOS FERNANDEZ

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Tucumán
Lamadrid 875 piso 1
4000 San Miguel de Tucumán, Argentina
Tel (+54-81) 310 681
Fax (+54-81) 311 119

LUIS NICOLAS FERREIRA

Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
AFACIMERA,
Paraguay 2155 piso 1
Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: (+54-1) 961 8961

EDUARDO OCTAVIO FIGUEROA

Facultad de Ciencias Médicas
Córdoba
José L. Sandoval 7820
5147 Córdoba, Argentina
Tel (+54-51) 320 999

SAMUEL FINKIELMAN

Instituto de Investigaciones Médicas
Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
República de Indonesia 93
1424 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 901 4468

AMANDA GALLI

Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
Pueyrredón 1913 Piso 11 "A"
1119 Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: (+54-1) 805 1069

MARIANO GIMENEZ

Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
Tel/Fax (+54-1) 961 9980

FELIPE GLASMAN

Fundación Médica de Bahía Blanca
Universidad Nacional del Sur
Castelli 213
8000 Bahía Blanca, Argentina
Tel (+54-91) 553 252
Fax (+54-91) 516 448

OSCAR GONZALEZ CARRIZO

Dirección de Relaciones Internacionales
Miguelletes 505
1426 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 771 9077
Fax (+54-1) 383 4431

OSCAR ROBERTO GONZALEZ MORAN

Sociedad Argentina de Auditoría Médica
Rosales 2270
1846 José Marmol,
Buenos Aires , Argentina
Tel (+54-1) 294 5186
Fax (+54-1) 381 4948

PABLO IGARZABAL

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba
Blvar. Las Heras 156/ P. 6/F
5000 Córdoba, Argentina
Tel (+54-51) 253 322
Fax (+54-51) 691 610

HUGO JURI

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba
Av. Rafael Núñez 3414
5009 Córdoba, Argentina
Tel (+54-51) 812 348
Fax (+54-51) 691 610

JORGE HORACIO KALLER

Escuela de Medicina de Rosario
Santa Fe 3100
2000 Rosario, Argentina
Tel (+54-41) 396 520
Fax (+54-41) 382 192

GUSTAVO LANOSA

Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
Argentina
Tel/Fax (+54-1) 961 9980

ALEJANDRO LOZANO

Facultad de Medicina
Universidad Católica de Córdoba
Jacinto Ríos 571
Córdoba, Argentina
Tel (+54-51) 517 299
Fax (+54-51) 520 201

MARIA ISABEL MORERA

Secretaría de Políticas Universitarias
Ministerio de Cultura y Educación
Viamonte 682/ 3D
Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 811 3551
Fax (+54-1) 322 5717

FRUTOS ENRIQUE ORTIZ

Facultad de Ciencias Médicas de La Plata
Calle 60 y 120
La Plata, Argentina
Tel (+54-21) 255 350

JOSE PELLON

Obra Social del Poder Judicial
Av. San Martín 2747, P.1
1416 Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 582 4875

RODOLFO RODRIGUEZ

Centro de Medicina de la
Provincia de Córdoba
Obispo Trejo 881
5000 Córdoba, Argentina

MARIO SANCHEZ QUINTANA

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Cuyo
Parque Gral. San Martín
5500 Mendoza, Argentina
Tel (+54-61) 240 719
Fax (+54-61) 380 232
C. Electrónico: MSANCHEZ@FMEDZ.UNCU.AR

OSCAR ENRIQUE SCHIROEDER

Facultad de Ciencias Médicas de Rosario
Urquiza 2664
2000 Rosario, Argentina
Tel /Fax (+54-41) 390 572

CARLOS SISTO

Facultad de Medicina
Universidad de Ciencias de Salud
Fundación Barceló
Av. Córdoba 744
Buenos Aires, Argentina
Tel (+54-1) 322 3577

MARCELO TENENBAUM

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Buenos Aires
Av. Paraguay 2151
Capital Federal, Argentina

BARBADOS**GEORGE NICHOLSON**

Facultad de Medicina
University of West Indies
Queen Elizabeth Hosp
Bridgetown, Barbados
Tel/Fax (+809) 429 6738

BOLIVIA**FERNANDO CARDONA RIOS**

Secretaría Nacional de Salud
Ministerio de Salud
La Paz, Bolivia

CHRISTIAN FUENTES

Colegio Médico de Bolivia
Los Pinos, Bloque 56 Depto.102
10342 La Paz, Bolivia
Tel (+591-2) 796 210

NILA HEREDIA

Facultad de Medicina
La Paz, Bolivia
Tel (+591-2) 359 589/ 359 596
Fax (+591-2) 359 588

BUDDY LAZO DE LA VEGA

Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica
Universidad Mayor San Andrés
Av. Saavedra 2246, Casilla 10367
La Paz, Bolivia
Tel (+591-2) 359 590
Fax (+591-2) 359 589

RENE MEJIA MENDOZA

Facultad de Medicina
Universidad Mayor de San Simón
Cochabamba, Bolivia

OSCAR MORAES

Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica
Universidad Mayor San Andrés
Av. Saavedra 2246 Casilla 10367
La Paz, Bolivia
Tel (+591-2) 919 294
Fax (+591-2) 359 589

JORGE NUÑEZ VIDAURRE

Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica
Universidad Mayor San Andrés
Av. Saavedra 2246, Casilla 10367
La Paz, Bolivia
Tel (+591-2) 359 590
Fax (+591-2) 359 589

RAUL RUIZ MARTINEZ

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad del Valle
Av. Villa de Oropeza 0345
Cochabamba, Bolivia
Tel (+591-42) 465 18

BRASIL**MARCIO ALMEIDA**

Centro de Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Londrina
Cx. Postal 6001
86051-970 Londrina, Paraná, Brasil
Tel (+55-43) 321 2000
Fax (+55-43) 327 6932

MARTINHO ALVARES DA SILVA

Asoc. Médica do Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga 5311
90610-001 Porto Alegre - RS, Brasil
Tel (+55-51) 339 2899
Fax (+55-51) 339 2998

REINALDO AYER DE OLIVEIRA

Faculdade de Medicina de Botucatu
Universidade Estadual Paulista
Rua da Consolação 753
01301-000 Sao Paulo, Brasil
Tel (+55-11) 259 5899
Fax (+55-11) 258 7593

JADETE BARBOSA LAMPERT

Universidade Federal de Santa Maria
CCS/Campus Universitario, Camori
97119-100 Santa Maria, RS, Brasil
Tel (+55-55) 226 1616
Fax (+55-55) 226 2423

JOAO JOSE BATISTA DE CAMPOS

Centro de Ciencias do Saude
Universidade Estadual de Londrina
Werner Von Braun 32
86040-280 Londrina, PR, Brasil
Tel (+55-43) 328 2731
Fax (+55-43) 336 0630

ROSANA NOBRE M. BITTENCOURT SILVA

Faculdade de Medicina
Universidade Federal Fluminense
Marques do Paraná 303, 4 andar
24030-210 Niteroi, RJ, Brasil
Tel (+55-21) 717 3330 y 717 2828 int. 181

LERIS SALETE BONFANTI HAEFFENER

Curso de Medicina
Universidade Federal de Santa Maria
CCS/Campus Universitario, Camori
97119-100 Danta, Maria, RS, Brasil
Tel (+55-55) 226 1616
Fax (+55-55) 226 2423

MARCOS BOULOS

Faculdade de Medicina de Sao Paulo
Brasil

CORIOLANO CALDAS SILVEIRA DA MOTA

Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná
Alameda Princesa Izabel 1580
80730-080 Curitiba, PR, Brasil
Tel (+55-41) 223 2382
Fax (+55-41) 222 6494

CHARLY FERNANDO CAMARGO

Asoc. Médica de Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga 5311
90610-001 Porto Alegre, RS, Brasil
Tel (+55-51) 339 2899
Fax (+55-51) 339 2998

ROGERIO CARVALHO SANTOS

Universidade Nacional de Campinas
Rua Joaquim José dos Reis 118
13082-970 Campinas, SP, Brasil
Tel (+55-192) 391 135
Fax (+55-11) 231 1745

ROSE MARIE CASTELO GOMES

Curso de Medicina
Universidade Federal de Maranhao
Praça Gonçalves Dias No. 21, altos
65020-070 Sao Luiz, Maranhao, Brasil
Tel (+55-98) 232 3340
Fax (+55-98) 232 3911

MARIO SERGIO JULIO CERCI

Setor de Ciencias da Saúde
Universidade Federal do Paraná
Rua Padre Camargo 280
80060-240 Curitiba, PR, Brasil
Tel (+55-41) 264 2011 ramal 33
Fax (+55-41) 262 2197

LUIZ CORDONI JUNIOR

Centro de Ciencias da Saúde
Universidade Estadual de Londrina
Nevada 615
86060-150 Londrina, PR, Brasil
Tel (+55-43) 327 6331
Fax (+55-43) 336 0630

EDSON JOSE CORREA

Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Professor Alfredo Balena 190
Santa Efigenia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
Tel (+55-31) 226 7600

JOSE GUIDO CORREA DE ARAUJO

Faculdade de Ciencias Médicas de Pernambuco
Universidade de Pernambuco
Arnobio Marques 310- Santo Amaro
Recife, Brasil
Tel (+55-81) 421 1761
Fax (+55-81) 222 3371

ANTONIO RAFAEL DA SILVA

Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Maranhao
Conjunto Leal, quadra 01, casa 10
Maranhao, San Luiz, Brasil
Tel (+55-98) 223 1526
Fax (+55-98) 232 3911 y 321 9047

MARCIO JOSE DE ALMEIDA
Centro de Ciencias da Saude
Universidade Estadual de Londrina
Av. Robert Koch 60
86038-440 Londrina, PR, Brasil
Tel (+55-43) 321 2001 y 337 5100
Fax (+55-43) 336 0630

LUCIENI DE OLIVEIRA CONTERNO
Faculdade de Medicina de Marilia
Av. Monte Carmelo 800 Bairro Fragata
17519030 Marilia SP, Brasil
Tel (+55-144) 226 999
Fax (+55-144) 331 366

ELIANA CLAUDIA DE OTERO RIBEIRO
Universidade Federal de Rio de Janeiro
Rua Sousa Lima 121/1101
22081-010 Rio Janeiro, Brasil
Tel (+55-21) 267 9178

BENEDICTUS PHILADELPHO DE SIQUEIRA
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais
Rua Artur Itabirano 45 Pampullia
31270 Belo Horizonte, MG Brasil
Tel (+55-31) 441 2683

JORGE LUIZ DO AMARAL
Faculdade de Medicina DA
Fundação Souza Marques
Avenida Franklin Roosevelt 84
Grupo 803/804
20221-120 Rio de Janeiro, Brasil
Tel (+55-21) 240 6739
Fax (+55-21) 240 6426

NEILA FALCONE DA S. BOMFIM
Faculdade de Ciencias da Saude
Universidade do Amazonas
Rua 24 Maio 720, Centro
69010-080 Manaus, AM, Brasil
Tel (+55-92) 233 0684
Fax (+55-92) 233 4799

WAGNER FERREIRA
Alameda Ezequien Dias 275
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
Tel (+55-31) 222 6465
Fax (+55-31) 222 1324

LEDA MARIA FERREIRA DA SILVA
Curso de Medicina
Universidade Federal Uberlandia
Augusto Cesar 590 B, Altamira
38400-007 Uberlandia, MG, Brasil
Tel (+55-34) 234 8757

PEDRO LEOPOLDINO FERREIRA FILHO
Universidade Federal do Piaui
Campus Universitario, Bairro Ininga
64049-550 Teresina -PI, Brasil
Tel (+55-86) 232 6487
Fax (+55-86) 232 2812

CELIA FRANCO COUTINHO
Conselho Regional de Medicina de Sao Paulo
Rua Da Consolacao 753
01301-000 Sao Paulo, Brasil
Tel (+55-11) 259 5899
Fax (+55-11) 259 5240

EDMUNDO GALLO
R. Leopoldino Boltoes 1480/7
21041-900 Rio de Janeiro, Brasil
Tel (+55-21) 590 3789
Fax (+55-21) 280 8194

MARIA ZELIA GOMES DE MENDONÇA
Alvira Malagutti 209 Bairro Estados
58025-730 Joao Pessoa -PB, Brasil
Tel (+55-83) 224 7568

JOSE CARLOS HENRIQUE DUARTE DOS SANTOS
Jon Landell 2412
96216-020 Jardim do Sol, Brasil
Tel (+55-53) 235 1415
Fax (+55-53) 232 3346

KAZUHIRO ITO
Centro de Ciencias da Saude
Universidade de Londrina
Jonatas Serrano 435
86060-160 Londrina, Parana, Brasil
Tel (+55-43) 327 3154
Fax (+55-43) 336 0630

JOSE VITOR JANKEVICIUS
Centro de Ciencias Biologicas
Universidad Estadual de Londrina
Nevada 595 (Jardim Quebec)
86060-150 Londrina, Brasil
Tel (+55-43) 327 6318
Fax (+55-43) 327 1393

ADIB JATENE

Sao Paulo, Brasil

MARIA JOSE JUNHO SOLOGUREN

Curso de Medicina
Universidad Federal de Uberlandia
Rua Guaicurus 270 B. Saraiva
38400-154 Uberlandia, MG, Brasil
Tel (+55-34) 234 0227

LUIZ ENRICO LARANJA VILLANDRO

Conselho Regional de Medicina
de RG do Sul CREMERS
R. Eli Costa 20
90480-110 Porto Alegre, Brasil
Tel (+55-51) 341-5017

MARIA HELENA MACHADO

Escuela de Saúdy Publica/Fio Cruz
F. Laranjeiras 210/1512
22240-001 Rio de Janeiro, Brasil
Tel (+55-21) 245 3088
Fax (+55-21) 280 8194

LUCAS MACHADO NETO

Alameda Ezequiel Dias 275
Belo Horizonte-Minas Gerais, Brasil
Tel (+55-31) 222 6465
Fax (+55-31) 222 1324

LUCIA MACHADO TOURINHO

Departamento de Saúde Comunitaria
Universidade Federal do Parana
Rua Campos Sales 960, A 52
Curitiba, Parana, Brasil
Tel (+55-41) 252 2352
Fax (+55-41) 222 6494

FRANCISCA LUZIA MACIEIRA DE ARAUJO

Curso de Medicina
Universidade Federal do Maranhao
Praça Goncalves Dias No.21, Altos
65020-070 Sao Luis, Maranhao, Brasil
Tel (+55-98) 232 3340
Fax (+55-98) 232 3911

GERALDO JOSE MARQUES PEREIRA

Centro de Ciencias da Saúde da UFPE
Bernardo Guimaraes 514
50050-440 Recife, P. Brasil
Tel (+55-81) 221 2923
Fax (+55-98) 232 3911
Correo electrónico: PEREIRA@NPD UFPE.BR

JOSE LUCIO MARTINS MACHADO

Faculdade de Medicina
Universidad Estadual Paulista
R. Joao Tomaz Almeida 164
18600 Botucatu (Sao Paulo) Brasil
Tel (+55-149) 225 128
Fax (+55-149) 213 133

LUDIO FRANK MENDES CABRAL

Sao Francisco 160 Bairro Kennedy
78000-000 Cuiaba, MT, Brasil
Tel (+55-65) 321 3201

ADELINO MOREIRA DE CARVALHO

Facultad de Ciencias Medicas
Universidad de Alfenas
Av. D. Conceição 320
371300-000 Alfenas, MG, Jardim Panorama
Brasil
Tel (+55-35) 921 3532

FULVIO NEDEL

Secretaria de Saúde de Criciúma
Rua Felizardo Furtados 515-811
90670-090 Porto Alegre, Brasil
Tel (+55-51) 336 8420

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

Fundación Osvaldo Cruz
Av. Brasil 4365 Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, Brasil
Tel (+55-21) 598 4416
Fax (+55-21) 280 8194

ELIANA CLAUDIA OTERO RIBEIRO

Núcleo de Tecnología Educacional
Centro de Ciencias da Saúde-UFRJ
Bloco A Sala 26, Ciudad Universitaria
Ilha do Fundas
21949-900 Rio de Janeiro, Brasil
Tel (+55-21) 270 5449
Fax (+55-21) 270 3944

ROBERTO XAVIER PICCINI

Facultad de Medicina
Universidad Federal de Pelotas
Cidade de Evora 139
96083-100 Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil
Tel (+55-532) 262858
Fax (+55-532) 712442

EMIRENE MARIA TREVISAN NAVARRO DA CRUZ

Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto
Rua Francisco Cal 83
15090-090 Sao Jose do Rio Preto, SP, Brasil
Tel (+55-172) 277 059
Fax (+55-172) 322 633

ALEXANDRE VARGAS SCHWARZBOLD

Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos 2600 4o. Andar
90035-003 Porto Alegre, Brasil
Tel (+55-51) 330 5500
Fax (+55-51) 330 1380

LUIZ OSVALDO VIOLA COELHO

Curso de Medicina
Universidade Federal de Santa Maria
CCS/Campus Universitario, Camori
97119-100 Santa Maria, Brasil
Tel (+55-55) 226 1616
Fax (+55-55) 226 2423

CANADA**JUAN ROBERTO IGLESIAS**

Facultad de Medicina
Universidad de Sherbrooke
3001, 12e. Avenue Nord
J1H 5N4 Sherbrooke, Quebec
Canada
Tel (+1-819) 564 5202
Fax (+1-819) 564 5378

ROBERT F. MAUDSLEY

Facultad de Medicina
Queen's University
Level 2, Botterell Hall
Kingston Ontario
K7L 3N6 Canada
Tel (+1-613) 545 2544
Fax (+1-613) 545 6884

CHILE**ROBERTO BELMAR**

Waterloo 190, Las Condes
Santiago, Chile

JOSE JOAQUIN BRUNNER

Moneda 1020 P.4
Santiago, Chile
Tel (+56-2) 699 0901
Fax (+56-2) 699 0031

ALEJANDRO GOIC GOIC

Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Bernardo de Magallanes 1298
Santiago, Chile
Tel (+56-2) 212 9806
Fax (+56-2) 777 4890

SAUL HORTA PARRAGUEZ

Facultad de Medicina
Universidad de Valparaiso
Hontaneda 2653
Casilla 92-V, Valparaiso
Chile
Tel / Fax (+56-32) 252 381

MARIA DEL PILAR IBAÑEZ GRACIA

Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Barrio Universitario s/n
Casilla 60-C, Concepción
Chile
Tel / Fax (+56-41) 228 353

ESTER MATELUNA GARCIA

Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Cano y Aponte 1073, Providencia
Santiago, Chile
Tel (+56-2) 235 8788
Fax (+56-2) 737 4059

DAVID SABAH JAIME

Facultad de Medicina
Universidad de Valparaiso
Hontaneda 2653
Casilla 92-V, Valparaiso
Chile
Tel (+56-32) 252 354
Fax (+56-32) 252 381

ELSO SCHIAPPACASSE

Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Chile
Tel / Fax (+56-41) 228353

LUIZ AUGUSTO PEREIRA

Faculdade de Medicina
Caxias do Sul
Rua General Rondon 737 1602
91900-121 Porto Alegre, Brasil
Tel (+55-51) 247 1304
Fax (+55-51) 223 8810

NEWTON CARLOS POLIMENO

Faculdade de Ciências Médicas
Universidade São Francisco
R. Francisca D.C. Oliveira 441
12900-000 Bragança Paulista, Brasil
Tel (+55-11) 433 5037

OTTO RESENDE DA CUNHA JUNIOR

Faculdade de Ciências Médicas
Universidade São Francisco
Caixa Postal 420
12900-000 Bragança Paulista- SP., Brasil
Tel (+55-11) 433 5019

LUIZ ANTONIO SANTINI RODRIGUES DA SILVA

Faculdade de Medicina
Universidade Fluminense
ABEM
Av. Brasil 4036, Sala 706
21040-361, Rio de Janeiro, Brasil
Tel (+55-21) 260 6161
Fax (+55-21) 260 6662

CARLOS RODRIGUES DA SILVA FILHO

Faculdade de Medicina de Marília
Av. Monte Carmelo 800
Bairro Fragata
17519-030 Marília, SP, Brasil
Tel (+55-144) 226 999
Fax (+55-144) 331 366

ELEUTERIO RODRIGUEZ NETO

Asesoria Legislativa
Camara dos Deputados
SQS 316, Bloco F Apto. 501
70387-060 Brasília-DF, Brasil
Tel (+55-61) 245 6013 y 318 6739
Fax (+55-61) 318 2112

WILLIAM SAAD HOSSNE

Associação Brasileira de Educação Médica
Victoria Regia 61
18607-070 Botucatu, SP, Brasil
Tel (+55-149) 220 284 y 212 121
Fax (+55-149) 223 167

BENEDITO SCARANCI FERNANDEZ

Faculdade Ciências Médicas Minas Gerais
Alameda Ezequiel Dias 275
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
Tel (+55-31) 222 6485
Fax (+55-31) 222 1324

SAMUEL SILVA DA SILVA

Centro de Ciências de la Salud
Universidade Estadual de Londrina
Madre Leonia Milito 905, Ap. 12 C
86050-180 Londrina, PR, Brasil
Tel (+55-43) 339 1171
Fax (+55-43) 336 0630

MARLONEI SILVERIA DOS SANTOS

Faculdade de Medicina de Caxias do Sul
Rua Manoel Almeida 61
95040-450 Caxias do Sul, Brasil
Tel/Fax (+55-54) 221 4964

ALICIA MARIA SOSA ABELLA

Portugal 639 A 104
90520-310 Porto Alegre, Brasil

ROBERTO SOUTO PERGIRA

BIREME
Rua Botucatu 862
São Paulo, Brasil
Tel (+55-11) 549 2611
Correo Electrónico RSOUTO@BIREME.BR

REGINA CELES DE ROSA STELLA

Escola Paulista de Medicina
Botucatu 740
04023-900 SP, Brasil
Tel (+55-11) 571 6245
Fax (+55-11) 549 2127

WANDER MIGUEL TAMBURUS

Centro de Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Londrina
Prefeito Hugo Cabral 1046
86020-060 Londrina, PR, Brasil
Tel (+55-43) 322 0700
Fax (+55-43) 336 0630

MARIA NEILE TORRES DE ARAUJO

Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Barauna 949
Campus do Porangabuçu,
Rodolfo Teófilo
60430-160, Fortaleza, CE, Brasil
Tel (+55-85) 243 9004
Fax (+55-85) 243 9316

COSTA RICA

ORLANDO JARAMILLO

Tel (+506) 222 6845
Fax (+506) 225 2643

CUBA

JUAN MANUEL DIEGO COBELO

Facultad de Ciencias Médicas
"Comandante Manuel Fajardo"
Zapata y D
Vedado, La Habana , Cuba
Tel (+53-7) 320 842 y 326 550-59
Fax -c/o OPS/OMS- (+53-7) 331 490

FIDEL E. ILIZASTEGUI DUPUY

Vicerrector de Desarrollo
La Habana, Cuba
Tel (+53-7) 441 435

JOSE BAUDILIO JARDINES

Viceministro de Doencia
Ministerio de Salud
Fax -c/o OPS/OMS- (+53-7) 331 490

ERNESTO LOPEZ LETUCET

Dirección Provincial Salud
Matanzas, Cuba
Tel (+53-52) 26 91

PEDRO MAS BERMEJO

Instituto Nacional de Epidemiología
Av. 33 No. 3608 entre 42 y 36
Playa- Ciudad Habana
Tel (+53-7) 226 464

TEOBALDO TRIANA TORRES

Facultad de Medicina de
Pinar del Río, Cuba
Fax -c/o OPS/OMS- (+53-7) 331 490

ECUADOR

KLEBER ALVAREZ

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Cuenca
Sucre 17-31
Cuenca, Ecuador
Tel (+593-7) 842 730
Fax (+593-7) 831 688

EDMUNDO GRANDA

Escuela de Salud Pública
Universidad Central de Quito
Leyton 1248
Quito, Ecuador

RODRIGO YEPEZ

Cordero 1204
Quito, Ecuador
Tel (+593-2) 230 702

EL SALVADOR

SERGIO ARTURO CAÑAS LOPEZ

Facultad de Medicina
Hospital Rosales
33 Oriente 327
San Salvador, El Salvador
Tel (+503) 254 080

GUATEMALA

JAFETH CABRERA

Universidad San Carlos de Guatemala
32 Calle 6-81
Z. 11 Ciudad Universitaria Guatemala
Tel (+502-2) 760 344
Fax (+502-2) 767 221

HECTOR RENE GARCIA SANTANA

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos
Apartado postal 500-1
01907 Montserrat, Guatemala
Tel (+502-2) 920 540
Fax (+502-2) 769 639

AXEL OLIVA GONZALEZ

Facultad de Medicina
Universidad de San Carlos
41 Av. "A" 5-55 Z.7
Lomas del Rodeo, Guatemala
Guatemala
Tel (+502-2) 941 080
Fax (+502-2) 769 639

ERICK ARNOLDO PORRES MAYEN

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos
Ciudad Universitaria Z. 12
01012 Guatemala,
Guatemala
Tel (+502-2) 767 370-3
Fax (+502-2) 769 639

COLOMBIA

PABLO ARANGO

Facultad de Medicina
Universidad de la Sabana
P.O.B. 53753
Bogotá, Colombia
Tel (+57-1) 676 0377
Fax (+57-1) 676 0808

JORGE CASTELLANO ROBAYO

Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina
Diagonal 128 B 16-20 (501)
Bogotá, Colombia
Tel (+57-1) 614 8767
Fax (+57-1) 269 9584

FERNANDO CHALEM

Calle 95 No. 9-80
Santafé de Bogotá, DC, Colombia
Fax (+57-1) 218 0696

HECTOR RAUL ECHIVARRIA

Facultad de Salud
Universidad del Valle
Calle 13 A 64-39, Bosques del Limonar,
Cali, Colombia
Tel (+57-23) 339 5612
Correo electrónico: ECHIVARR@MAFALDA.UNIVALLE.EDU.CO.

GERMAN GAMARRA HERNANDEZ

Facultad de Salud
Universidad Industrial de Santander
Calle 47 No. 28-78
Bucaramanga, Colombia
Tel (+57-76) 436 474
Fax (+57-76) 473 324

PABLO LATORRE TORTELO

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Santafé de Bogotá, Colombia
Tel (+57-1) 269 3653
Fax (+57-1) 222 5414

CARLOS MALABET SANTORO

División Ciencias de la Salud
Universidad del Norte
Calle 78 No. 57-215, Ap 4
Barranquilla, Colombia
Tel (+57-58) 350 378
Fax (+57-58) 512 032

ODILIO MENDEZ SANDOVAL

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Santafé de Bogotá, Colombia

RICARDO MOLINA VALENCIA

Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Carrera 13 No. 43-23
Santafé de Bogotá, Colombia
Tel (+57-1) 285 0600

JULIO ENRIQUE OSPINA

Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina
Calle 39 A No. 28-63
AA 53751 Santafé de Bogotá, DC
Colombia
Tel (+57-1) 268 8057
Fax (+57-1) 269 9584

JORGE HUMBERTO PELAEZ, S.J.

Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7a. No. 40-62
Hospital San Ignacio, 5o. piso
Santafé de Bogotá, DC, Colombia
Tel (+57-1) 255 1055
Fax (+57-1) 310 5163

JORGE RAAD ALJURE

Universidad de Caldas
Calle 65 No. 26-10
275 Manizales, Colombia
Tel (+57-68) 851 712
Fax (+57-68) 862 520

RAFAEL ROMERO

Facultad de Ciencias de la Salud
Fundación Universitaria de Boyacá
Calle 19 No. 8-63
1278 Tunja, Colombia
Tel (+57-87) 402 030
Fax (+57-87) 403 244

ALFONSO TRIBIN FERRO

Facultad de Medicina
Hospital de San José
Calle 10 No. 18-75
Santafé de Bogotá, Colombia
Tel (+57-1) 247 7760
Fax (+57-1) 277 3110

GUYANA

CLARENCE CHARLES

University of Guyana
P.O.Box 101110 Turkeyn
Guyana
Tel (+592-2) 5404
Fax (+592-2) 3496 y 666 54

HONDURAS

JORGE ALBERTO SIERRA MARTINEZ

Facultad de Ciencias Médicas
Colonia América
Av. Independencia 6216
Tegucigalpa, Honduras
Tel (+504) 332 667
Fax (+504) 490 131

MEXICO

JOSE MANUEL ALVAREZ MANILLA

Centro de Investigaciones y Servicios Educativos
Universidad Nacional Autónoma de México
Tel/Fax (+52-5) 550 1801
México

LUIS F. BOJALIL

Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso 1100
Col. Villa Quietud
04960, Mexico DF
Tel (+52-5) 724 5000
Fax (+52-5) 724 5167

JULIO MARCELINO CACHO SALAZAR

Enseñanza en Salud
Secretaría de Salud
Carrizal 67
Col. San Jerónimo
10000 México DF
Tel (+52-5) 595 3817
Fax (+52-5) 208 6852

JOSE ANGEL CORDOBA VILLALOBOS

Villa de Santa Cruz 123
Col. Villas del Campestre
37190 Guanajuato, México
Tel (+52-473) 170 608

IRENE DURANTE MONTIEL

Asociación Mexicana de Facultades y
Escuelas de Medicina
UNAM
Campus Iztacala
López Castilla 754
003100 México DF
Tel (+52-5) 682 9482
Fax (+52-5) 682 9323

RODOLFO GARCIA MONTOYA

Facultad de Medicina Humana y
Ciencias de la Salud
UAZ
Juan de Tolosa 314
Col. Sierra de Alicia
98000 Zanteecas, México
Tel (+52-492) 284 64
Fax (+52-492) 246 10

SALVADOR GUERRERO SERUIN

Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Querétaro
Circuito Campestre 335/A
Club Campestre Querétaro, México
Tel (+52-42) 162 468
Fax (+52-42) 161 087

GILBERTO HERNANDEZ ZINZUN

Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
López Cotilla 754
03100 México DF
Tel (+52-5) 682 9482
Fax (+52-5) 682 9323

VIRGINIA HIDALGO WONG

UAM Xochimilco
Rancho El Sauce 11-4
Prado Coapa, Tlalpan,
14350 México DF
Tel (+52-5) 679 0594
Fax (+52-5) 724 5218

CARLOS MARTINEZ LEON

Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Morelos
Av. Universidad 1001, Chamilpa
62210 Cuernavaca Morelos, México
Tel (+52-73) 133 663/112 288
Fax (+52-73) 172 455

JOSE HUGO MELENDEZ AGUILAR

Facultad de Medicina
Anaximenes 150-A
Col. Valle del Sol
Puebla, México
Tel (+52-22) 459 848
Fax (+52-22) 431 444

JORGE MONTES ALVARADO

Facultad de Medicina
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Av. Alta Tensión 250
Col. Cantarranas
62420 Cuernavaca, Morelos, México
Tel/Fax (+52-73) 186303

ENRIQUE RUELAS B.

Fomento Institucional
Sallillo 109
Col. Hipódromo Condesa
México, DF
Tel (+52-5) 515 0372

VICTOR RUVALCABA CARVANTES

Instituto Mexicano de Seguro Social
Av. Cuauhtemoc 330, Eje 3 Sur
"Ignacio Morones Prieto" Col. Doctores
06725 México DF
Tel (+52-5) 761 2236
Fax (+52-5) 761 0596

ADELITA SANCHEZ FLORES

UAM Xochimilco
Calzada del Hueso 1100
Col. Villa Quietud
04960 México DF
Tel/Fax (+52-5) 594 6315

RAMIRO JESUS SANDOVAL

Universidad Nacional Autónoma México
Campus Iztacala
López Cotilla 754
03100 México DF
Tel (+52-5) 682 9482
Fax (+52-5) 682 9323

ROBERTO URIBE ELIAS

Nicolás Sanjuan 1216
Col del Valle
03100 México DF
Tel/Fax (+52-5) 616 2346

JOSE DE JESUS VILLALPANDO

Secretaría de Salud
Liceja 8, Colonia Juárez
México, DF

OPS**GEORGE ALLEYNE**

Pan American Health Organization
525 23rd Street, N.W.
Washington DC. 20037-2895, USA
Tel (+1-202) 861-4310
Fax (+1-202) 861-6082

RODRIGO BARRIONA

Director de PASCAP
Apartado Postal 942-1000
San José, Costa Rica
Tel (+506) 257 0152
Fax (+506) 221 8518

NORA BLAISTEIN

Consultora
Programa de Salud Materno Infantil-OPS
1201 S. Scott St. 122
22804 Arlington, VA, USA
Tel (+1-703) 979 6218
Correo Electrónico NBLAISTE@PHO.ORG

PEDRO BRITO

División Recursos Humanos OPS/OMS
525, 23rd. St. N.W.
20037-2895 Washington DC, USA.
Tel (+1-202) 861 3200
Fax (+1-202) 223 5971

RUTILIA CALDERON

OPS/OMS

FRANCISCO CAMPOS

División Recursos Humanos OPS
525, 23rd. St. NW
20037 Washington DC, USA
Tel (+1-202) 861 3298
Fax (+1-202) 861 8486
Correo Electrónico CAMPOSPR@PAHO.ORG

JUAN ANTONIO CASAS

Representante OPS/OMS Panamá
Av. Cuba y Calle 36
Panamá
Tel (+507) 222 402 y 253 328

PAULO HENRIQUE D'ANGELO SEIXAS
Consultor Programa Desarrollo Recursos Humanos
525, 23rd. St. NW
20037 Washington DC, USA
Tel (+1-202) 861 3234

REBECCA DE LOS RIOS
Investigaciones y Desarrollo
Tecnológico en Salud
OPS/OMS
Dr. Permona 9905
20817 Bethesda, MD, USA
Tel (+1-301) 530 5895
Correo Electrónico DELOSRIOS@PAHO.ORG

JOSE ROBERTO FERREIRA
Director de Recursos Humanos OPS/OMS
18924 Lindenhouse Rd.
2879 Gaithersburg, MD, USA
Tel (+1-301) 977 4641

ENRIQUE GOMEZ
Representante OPS/OMS Guyana
8 Brickdam, Stabroek
10969 Georgetown, Guyana
Tel (+592-2) 530 00
Fax (+592-2) 666 54

CARLYLE GUERRA DE MACEDO
Pan American Health Organization
525 23rd Street, N.W.
Washington D.C. 20037-2895, USA
Tel (+1-202) 861-4310
Fax (+1-202) 861 6082

HENRI JOUVAL JUNIOR
Representante OPS/OMS Argentina
Marcelo T de Alvear 684, P.4
1058 Capital Federal, Argentina
Tel (+54-1) 311 7448

MAXIMINO LEON GONZALEZ
Consultor en Desarrollo de
Recursos Humanos
Representación en México
Congreso No. 10 Dep. 10
14000 Distrito Federal, México
Tel (52-5) 573 8133
Fax (52-5) 520 8868

CARLOS LINGER
Representante OPS/OMS Nicaragua
Apartado 1309 Managua, Nicaragua
Tel (+505-2) 94200

ARMANDO LOPEZ SCAVINO
Representante OPS/OMS Paraguay
Herrera 1010-C/EUUU
Casilla de Correo 839
Asunción, Paraguay
Tel (+595-21) 214 139

RICHARD MARKS
División Sistemas y Servicios de Salud OPS
525 23rd. St. N.W.
20037-2895 Washington DC, USA
Tel (+1-202) 861 3200
Fax (+1-202) 223 5971

JOSE PARANAGUA DE SANTANA
Sem Lote 19
70000 Brasilia, Brasil
Tel (+55-61) 312 6540

MARIA ISABEL RODRIGUEZ
Pan American Health Organization
525 Twenty-Third Street- N.W.
Washington DC, 20037-2895 EUA
Tel (+1-202) 861 3200
Fax (+1-202) 223 5971

MARIO ROVERE
Consultor Recursos Humanos Reg. Andina
Av. Alexander 776
Achumani, La Paz, Bolivia
Tel (+591-2) 362 646
Correo Electrónico MROVERE@OPSOMS.BO

JUAN CARLOS VERONELLI
Representante OPS/OMS Uruguay
Av. Brasil 2697
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 773 589
Fax (+598-2) 773 530

PANAMA

Enero Aviles
Avda. José De Fábrega
Panamá Panamá
Tel (+507) 238 512

PARAGUAY

RAUL AVILA
Facultad de Ciencias Médicas
Avda. Dr. Montero 658
Asunción, Paraguay
Tel (+595-2) 440 388

AGUSTIN ALBERTO LLEDO GUERRERO

Facultad de Ciencias Médicas
Hospital de Clínicas
Isabel La Católica 1943
Asunción, Paraguay
Tel (+595-21) 84291

STELLA MARIS MORENO DE SERVIN

Instituto Nacional de Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Av. Santísima Trinidad casi Itapúa
Asunción, Paraguay
Tel (+595-21) 296 210
Fax (+595-21) 207 410

FELIPE RECALDE IBARRA

Consultor OPS/OMS
Pasaje Encarnación 920 c/ Montevideo
Casilla de Correo 839
Asunción, Paraguay
Tel (+595-21) 450 495/7
Fax (+595-21) 450 498

PERU**JESUS RAMIRO FARFAN CANTERO**

Facultad de Medicina
San Antonio Abad del Cusco
Plaza Amauta 212 Barrio Magisterial
759 Magisterial, HET, Cusco, Perú
Tel (+51-84) 227 422
Fax (+51-84) 224 905

LUISA ESTELA SACIETA CARBAJO

Facultad de Medicina
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Javier Heraud 170 Urb. Arboleda Demaranga
Lima 32 San Miguel
Lima, Perú
Tel (+51-14) 654 654

SANTIAGO SACO MENDEZ

Facultad de Medicina
Universidad Nacional
de San Antonio Abad del Cusco
Urb. Mariscal Gamarra 20-E
740 Cusco, Perú
Tel (+51-84) 228 452
Fax (+51-84) 226 048

LUIS TEJEDA MACEDO

Cent. Univ. de Salud "Pedro P. Díaz"
Universidad de San Agustín
Prof. González Prada, 5a. Cuadra
Urbanización Pedro P. Díaz, Paucarpata
Arequipa, Perú
Tel/Fax (+51-54) 211 795

CARLOS VIDAL LAYSECA

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 430
Lima 31, Perú
P.O.B. 4314, Lima 100, Perú
Tel (+51-14) 820 252
Fax (+51-14) 823 435

OSWALDO ZEGARRA ROJAS

Facultad de Medicina
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorario Delgado 430 Urb. Ingenieria,
San Martín de Porras
Lima 31, Perú
P.O.B. 4314, Lima 100, Perú
Tel (+51-14) 820 252
Fax (+51-14) 823 435

REPUBLICA DOMINICANA**EDUARDO ANTONIO GARCIA SUAREZ**

Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)
Av. J.F. Kennedy Km. 5 1/2
Campus I,
Santo Domingo, República Dominicana
Tel (+1-809) 563 2254
Fax (+1-809) 562 6601

RAYMUNDO JIMENEZ

Facultad de Ciencias de la Salud
Instituto Tecnológico de Santo Domingo
Av. de los Proceres,
Gala, Apdos. 342-9 y 249-2
Santo Domingo, República Dominicana
Tel. (+1-809) 567 2971
Fax (+1-809) 566 3200

MARIANO DEFILLO

Escuela de Medicina
apartado Postal 20040
Santo Domingo, República Dominicana
Tel (+1-809) 567 0374

ERAQUINIDES ARAUJO SOUZA

Yi 1563 ap. 6
11100, Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 927 600

LAURA ARGELAGUET

José Figuerira 2217
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 715 981

MARCOS ATCHUGARRY BONOMI

Ellauri 1221
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 782 719

OSCAR BALBOA APARICIO

Aceguá 4734
11400 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 691 651

LADISLAO BATISTA

Rivera 530 Trinidad,
Flores, Uruguay
Tel (+598-364) 3004

MARIA TERESA BELLO

Benito Riquet 1186
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 352 116

MILKA BENGOCHEA MONTERO

Br. Artigas 2508 ap. 701
Montevideo, Uruguay

EDWIN BETANCOR SEREGNI

Franziini 937
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 713 711

SERGIO BIANCHI

Helvecia 4058
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 544 866

JUAN PABLO BLANCO

Durazno 1717 ap. 20
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 403 106

GUSTAVO BOGLIACCINI DE LODRON

Julio Herrera y Reissig 967 ap. 601
11200, Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 405 121

DANIEL BORDES LEONE

Thompson 3014
11600, Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 817 377

JANETH BOVEDA RAMIREZ

Mar del Plata Man. 15 Solar 13
Lagomar, Canelones, Uruguay

MARISA BUGLIOLI

Santana 1730 ap. 5
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 699 486

JORGE BURJEL

Colón 1277
Paysandú, Uruguay
Tel (+598-722) 6981/83
Fax (+598-722) 6983

RAUL BUSTOS

Facultad de Medicina
Hospital Pereira Rossell,
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 799 853

LYS CABALLERO

Pablo de María 1297 ap. 701
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 484 857

ALEJANDRO CABRAL

Marcelino Sosa 2612 ap. 19
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 294 865

RUCDY CABRERA BRITOS

Cairolí 2094 ap. 602
11600, Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 471 913
Fax (+598-2) 492 223

ERNESTO CAIROLI

Juan Paullier 2125
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 481 110

LUIS CALEGARI COSTA

Artigas s/n y Bonini
91400 Tala, Uruguay
Tel (+598-315) 2797

RAFAEL FERNANDEZ LAZALA
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Pontificia
Juan Pablo Duarte 202
Reperto Hache, Santiago,
Santo Domingo, Republica Dominicana
Tel (+1-809) 583 4462
Fax (+1-809) 581 7750

CESAR MELLA MEJIAS
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de
Santo Domingo
Av. Alma Mater s/n
Santo Domingo, Republica Dominicana
Tel (+1-809) 685 4247
Fax (+1-809) 686 5768

PEDRO TINEO BADIA
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma
de Santo Domingo
Guarocuya 53
República Dominicana
Tel (+1-809) 530 3461

TRINIDAD

GEORGE N. MELVILLE
Facultad de Ciencias Médicas
St. Augustine, Trinidad
Eric Williams Meidical Sciences Complex
Mt. Hope 32
Champs Fleurs, Trinidad
Tel (+1-809) 645 2640
Fax (+1-809) 663 9836

URUGUAY

ELENA ISABEL ACOSTA BORGES
Ana Monteroso de Lavalleja 2016
11200 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 413 190

ANA MARIA ACUÑA ZUÑIGA
Maipú 2012
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 811 485

BEATRIZ AGUIRRE
Garibaldi 2221
11800 Montevideo, Uruguay
Tel/Fax (+598-2) 234 353

LINA ALFONSO
Colonia 1814 ap. 1002
11200 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 404 931

GABRIELA ALGORTA
J. Suárez 2941
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 280 207

ROSSANA ALIA
República del Salvador 3293/2
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 473 350

JULIO ALVAREZ
Fondar 845
Tel (+598-364) 2228
Fax (+598-364) 3787
Trinidad,
Flores, Uruguay

MARIA EMILIA ALVAREZ
Av. Roosevelt parada 18
Ed. Bora-Bora
Maldonado, Uruguay
Tel (+598-42) 247 33
Fax (+598-42) 214 54

MARIA NOEL ALVAREZ
Caracé 505 ap. 504
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 304 125

ANA MARIA ALVAREZ CAMPBELL
Francisco Muñoz 1969
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 785 588

AMELIA ALVAREZ DOMINGUEZ
Maldonado 1155
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 981 560

FERNANDO DANIEL ALVARIÑO QUINTEROS
Pedro F. Berro 963
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 781 778

SILVANA AMOROSOS PEREIRA
Libertad 2686 ap. 103
11000 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 792 456

NESTOR C. CAMPOS PIERRI

Artigas 1031
50000 Salto, Uruguay
Tel (+598-73) 356 44
Fax (+598-73) 297 11

JOSE ALFONSO CANCELA

Asamblea 4818
11400 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 693 633

MARIO CANCELA

Yacabu 1663
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 699-687

ALICIA CANETTI

Alejandro Fleming 1785
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 694 806
Fax (+598-2) 634 969

LUIS EDUARDO CARBAJAL

Avda. Brasil 2377/304
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 797 382

PABLO VIRGILIO CARLEVARO

Luis Alberto de Herrera 4364
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 365 503

LUIS A. CARRIQUIRY

Rafael Pastoriza 1451 ap. 502
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 794 024

LIDIA JULIA CARZOLI

Santiago Nievas 2185
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 811 709

GASPAR RUBEN CATALA

Plutarco 3920
11400 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 584 201

TERESITA CERETTI BERCHIO

Lucas Piriz 2593
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 813 863

MIGUEL CHERRO

Cavia 2652/ 702
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 794 051
Fax (+598-2) 474 786

GONZALO CID DE LA PAZ

Avda. Italia 3148 ap. 803
11600 Montevideo Uruguay
Tel (+598-2) 807 893

HUMBERTO CORREA

Hospital de Clínicas
Avda. Italia s/n
Montevideo, Uruguay

FRANCISCO CRESTANELLO

Alejandro Fiol de Pereda 1400
11800 Montevideo, Uruguay
Tel/Fax (+598-2) 290 547

MAURO CROCCO

Capurro 741
11700 Montevideo, Uruguay
Tel: (+598-2) 398 327

GRACIELA CRUZ

Alfredo Navarro 3051
Montevideo, Uruguay

CAROLINA CRUZADO

Paysandú 1379 ap. 502
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 907 634

MARCELA CUADRADO

Isabela 3429/3
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 254 092

MAURICIO CUELLO

Garibaldi 2236
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 234 427

SILVIA DA LUZ

Lima 1618
Montevideo, Uruguay
Te. (+598-2) 944 922

ADRIANA DARDANELLI

Obligado 1057
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 785 824

SUSANA DEL CAMPO

Brandzen 2151 ap. 401
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 422 313

AURORA DELFINO

Leopardi 1579
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 692 530

SILVANA DELGADO

Cavour 3181
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 817 252

CECILIA DI BIASE

Martin C. Martinez 2165/14
11800 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 410 390

RAMIRO DRAPER

Independencia 978
Pando, Canelones
Uruguay
Tel (+598-392) 2686

CARLOS DUFRECHOU

Rambla República de Chile 4421/401
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 697 006

LAURA ECHEVESTE

Avda. del Libertador 1531/1106
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 911 488

LILIANA ETCHEBARNE

Rambla República Argentina M 81 S.17
15005, Solymar, Canelones, Uruguay
Tel (+598-38) 588 85

ESCANDOR EL TERS

Walcalde 2638 ap. 106
Montevideo, Uruguay
Tel/fax (+598-2) 473 291

RICARDO ELENA

Miguel Barreiro 3169 ap. 102
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 771 625

CARLA FARIAS

Miguelete J444
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 949 604

GONZALO FERNANDEZ NAONE

Grito de Asencio 1398
11800 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 201 546

SAUL FERES

Carlos Reyles 829
San Carlos, Maldonado, Uruguay
Tel (+598-42) 693 90

SILVIA FERNANDEZ

Constitución 2321
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 234 833

ADRIANA FERNANDEZ ALVAREZ

Avda. 50 Metros 4207 A Block L ap. 107
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 573 909

GRACIELA FERNANDEZ CORVO

Av. Brasil 3042/202
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 799 041

YVONNE FERRARI

Avda. Larrañaga 3215
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 819 313

ANA MARIA FERRARI CASTILLA

Julio Herrera y Obes 1276/102
11100 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 901 794

CRISTINA FONT

Tomás Berreta 272
90000 Canelones, Uruguay
Tel (+598-332) 2464

ANA LEA FOURCADE

Arq. Julia Guarino 2938
11800 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 204 272

ANA FRAU

Constituyente 1918/301
Montevideo, Uruguay
Fax (+598-2) 490 065

GUILLERMO MARIO FROCHT

Chuearro 11918/803
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 790 603

FLORENCIA GARCIA

Sarmiento 2573
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 706 415

MARIA ANTONIA GARCIA ISASA

Campisteguy 2749
Montevideo, Uruguay
Tel. (+598-2) 291 774

JOSE MARIA GARCIA LORIENTE

Garibaldi 2221
11800 Montevideo, Uruguay
Tel/fax (+598-2) 234 353

IRMA GARCIA QUAGLIA

Cavour 3181/7
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 817 252

ANTONIO GASCUE

Concepción del Uruguay 1489
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 633 565

NISSO GATEÑO

Carlos Anaya 2881
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 800 720

ELSA GATTI

Maldonado 2004/003
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 418 994

ROBERTO GATTI

Tomás Berreta 272
90000 Canelones, Uruguay
Tel (+598-332) 2464

JAVIER GERVAS

Luis B Berres y Calas
Block A ap. 302
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 354 880

GUSTAVO GIACHETTO

Gral. Espartero 1518
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 260 555

SILVIA GIBARA

José María Penco 3296
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 238 851

JUAN IGNACIO GIL

José L. Osorio 1169 bis ap.003
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 623 307

ANGEL GINES

Clemente Estable 3316
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 809 489

EDUARDO GOMEZ PASEGGI

Luis A. de Herrera 272
Artigas, Uruguay
Tel (+598-642) 2603
Fax (+598-642) 3214

ALICIA GOMEZ PERAZZOLI

Luis Alberto de Herrera 4620
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 362 414

DIEGO GONZALEZ

J. Possolo 3924
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 254 108

MARTA GONZALEZ

Canelones 946/402
Tel (+598-2) 915 542

MABEL GONZALEZ TORRES

Rafael Pastoriza 1451 ap. 302
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 798 013

LAURA GRUNFELD

Jaime Cibils 2684 bis
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 801 054

VICTORIA GUERRINI

Gestido 2778
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 787 685

LUIS HEUHS

Rondeau 2110 ap. 1103
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 944 259
Fax (+598-2) 470 300

JOSE HIERRO

Joaquín Núñez 3092
Montevideo, Uruguay

SERGIO HOURCADE

Cufré 1781
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 406 097
Fax (+598-2) 405 835

ANA IBARRA

Av. Agraciada 2541 ap. 701
Montevideo, Uruguay

SILVIA IUSIN

Bartolito Mitre 2813
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 794 771

JAVIER JACUE

Nicaragua 1746/204
11800 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 942 208

JUAN MANUEL JONES

Regidores 1321
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 363 765

ANA KEMAYD

Libertad 2792/501
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 793 865

ELOISA KLASSE

Enrique Martínez 2030
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 281 922

ERNESTO LABORDE

Martin García 2196
11800 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 482 813

JULIO LABORDE

Florida 1279 ap.2
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 904 770

GRACIELA LAGO

Rafael Pastoriza 1451
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 781 407

URUGUAY LARRE BORGES

8 de Octubre 3241
Montevideo, Uruguay

WASHINGTON LAURIA

Petain 948
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 397 991

EDUARDO LEGNANI

Treinta y Tres 459
Canelones, Uruguay
Tel (+598-332) 2400

ANAYDEE LENA

Instituto de Higiene -
A. Navarro
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 471 288 - int. 13

IGNACIO LICHA

Justino Muniz 607
Melo, Cerro Largo, Uruguay
Tel (+598-462) 3021

PEDRO ANIBAL LOS SANTOS

Independencia 563
Florida, Uruguay
Tel (+598-352) 2567

ALICIA LUCINSCHI

Priamo 1505
11400 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 603 326

ALVARO LUONGO

Juan María Pérez 2730
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 708 837
Fax (+598-2) 710 100

ANTONIO LUSTEMBERG

Joaquín de Salterain 1071 ap. 4
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 411 556

NESTOR ANDRES MACEDO

Colonia 966 ap. 202
11100 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 915 512

ENRIQUE MACRI

P.O.Box 12169
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 770 451
Fax (+598-2) 798 630
Correo electrónico: EMACRI@CHASQUE.APC.ORG

RODOLFO MAGGI
Deauville 6910
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 603 130

MARIELA MAGGIOLI
Pando 2463
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 290 368

GRACIELA MARTINEZ ESCRICH
Cufre 1900
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 484 043
Fax (+598-2) 700 116

ENRIQUE MARTIRENA
9 de Junio 4474
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 634 284

DOMINGO MEDEROS CATALANO
Pasaje Asilo Block D 3219/214
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 817 931

MARIO MEDICI
Br Artigas 621
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 710 464
Fax (+598-2) 719 290

RAUL MEDINA
Hospital de Clínicas
Avda. Italia s/n
Montevideo, Uruguay

TERESITA MELLA
Cno. Castro 605
Montevideo, Uruguay

GLORIA MENDOZA
Cabildo 2042
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 415 649

WALTER MILLAN
Jaime Cibils 2430
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 473 519

MARIA DEL VALLE MIRALLES
José Bonaparte 3179 / 502
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 812 216

ITALO MOGNI
Cufre 1781
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 406 097
Fax (+598-2) 405 835

ARIEL MONTALBAN
Sarmiento 2393 / 202
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 719 612

SERGIO MARCELO MOREALE
Minas 1829
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 946 846

MARCOS MOULIA
Ramón Ortiz 2931
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 802 702

DORA MUSETTI
Gabriel Pereira 2965
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 783 692
Fax (+598-2) 780 072

ANTONIO NAIRAC
Velsen 4462/201
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 694 200

VALERIA NAVARRETA
San Martín 3196
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 280 416

NESTOR NIEVES
Euskal Erria 71 Torre G ap. 002
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 553 404

VALERIA NIEVES
Gaboto 1666/6
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 420 133

ARON NOWINSKI
Mones Roses 6251
11500 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 602 546

HAROL NUÑEZ

Océano Atlántico s/n
El Pinar, Canelones, Uruguay
Tel (+598-2) 944 687

ANDREA OCASO

Libano 1441
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 602 764

DANIEL PARADA

Rocha 2901
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 280 175

MALENA PASSOS

Estrázulas 1544
11400 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 692

GONZALO PELUFFO

Maldonado 2374
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 785 629

LEOPOLDO PELUFFO

Feliciano Rodríguez 2715 ap. 401
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 786 903
Fax (+598-2) 474 786

GABRIEL PEREIRA

Francisco Llambí 1493
11600 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 629 387

ROSANA PEREZ CAYETANO

Cno. Bertolotti 1716
Pando, Canelones, Uruguay
Tel (+598-392) 5170

JORGE PEREZ GATTO

Emilio Castelar 4635 F ap. 803 Torre D4
11400 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 554 589

NELLY PIAZZA

18 de Julio 2329
11200 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 413 838

GABRIELA PIÑON

Larrañaga 4463
11200 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 250 764

ANA PRODANOV

Rambla Rep. del Perú 775 ap. 1102
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 700 201
Fax (+598-2) 773 014

ALICIA PUÑAL

Piedras de Afilar 4793
11400 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 696 629

FERNANDO RAMA

Leonor Horticon 2566
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 785 850

MONICA RIGBY

Br Artigas 1515
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 414 701

SILVIO RIOS

Berreta 367
Artigas, Uruguay
Tel (+598-642) 2304

FLORENCIA RITORNI

Burgues 3442
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 299 601

RICARDO ROCA

Buxareo 1162 ap. 1002
11300 Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 622 284
Fax (+598-2) 473 831

HUGO RODRIGUEZ

René 1692/104
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 619 310

MURIEL RODRIGUEZ

Ramón Estomba 3474
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 299 738

LAURA RODRIGUEZ JUANICO

Francisco Vidal 703
Montevideo, Uruguay
Tel (+598-2) 808 256

DARIO BARRETO

Asociación Venezolana de
Facultades de Medicina
Caracas, Venezuela
Calle Falcon - Edo. Falcon
Coro, Venezuela
Tel (+58-68) 515644
Fax (+58-68) 514 882

MARTHA CANTAVELLA

Escuela José F. Torrealba
Universidad Rómulo Gallegos
Av. Los Llanos Qta. La Chiqueta
San Juan de los Morros,
Estado Guárico, Venezuela
Tel (+58-46) 315 545
Fax (+58-46) 312 670

JOSE COLINA CHOURIO

Asociación Venezolana de
Facultades y Escuelas de Medicina
Facultad de Medicina
Universidad del Zulia
Apartado 15182 Maracaibo
Zulia 4003-A, Venezuela
Tel/Fax (+58-61) 517 659

VIAMNEY GRAFFE DE YANES

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Carabobo, -Valencia
Barinas 108-54 Qta Neycy Valencia
Estado Carabobo, Venezuela
Tel (+58-41) 575 206
Fax (+58-41) 664 586

RAFAEL HUMBERTO MARTINEZ LEAL

Facultad de Medicina
Universidad del Zulia
Apartado Postal 15165
4005 Maracaibo Venezuela
Tel (+58-61) 517 659
Fax (+58-61) 517 776

JOSE MOLINA

Universidad del Zulia
Av. Secta entre 5a. y 6a.
Transversal Altamira
Caracas 1010, Venezuela
Fax (+58-2) 261 6069

LEONARDO MONTILVA

Universidad Centro Occidental
Lisandro Alvarado
Urb. Barici C. Tarabana
Res. Villas Colina 18
Barquisimeto, Venezuela
Tel (+58-51) 532 949
Fax (+58-51) 519 589

JOSE FELIX OLETTA

Escuela de Medicina Vargas
Facultad de Medicina UCV
San José esc. San Lorenzo
1050 Caracas
Venezuela
Tel (+58-2) 562 9509
Fax (+58-2) 662 8883

ANTONIO PARIS

Facultad de Medicina
Universidad Central de Venezuela
Caracas, Venezuela

PABLO PULIDO

Av. Secta entre 5a. y 6a.
Transversal Altamira
Caracas 1010, Venezuela
Fax (+58-2) 261 6069

MARTA RODRIGUEZ

Escuela Luis Razetti
Facultad de Medicina
Av. Lisboa 1931
La California Norte
1070 Caracas, Venezuela
Tel (+58-2) 216 617

ROBERTO RONDON MORALES

Ministerio de Sanidad y Asistencia social
Av. San Juan Bosco - Ed. Dumas 47
Caracas, Venezuela
Tel (+58-2) 483 3551
Fax (+58-2) 481 3661

NELSON VICUÑA FERNANDEZ

Facultad de Medicina
Universidad de Los Andes
Urb. Santa Ana Calle Lagunillas 1-9
5101 Merida, Venezuela
Tel (+58-74) 447 489
Fax (+58-74) 403 045

LUIS YARZABAL

Centro Regional para Educación en

América Latina y Caribe

CRESALC/UNESCO

Ed. Bucaral P2 Ap 23B

Calle Los Fernández

Sebucan, Caracas, Venezuela

Tel (+58-2) 285 4408

Fax (+58-2) 284 2175