

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

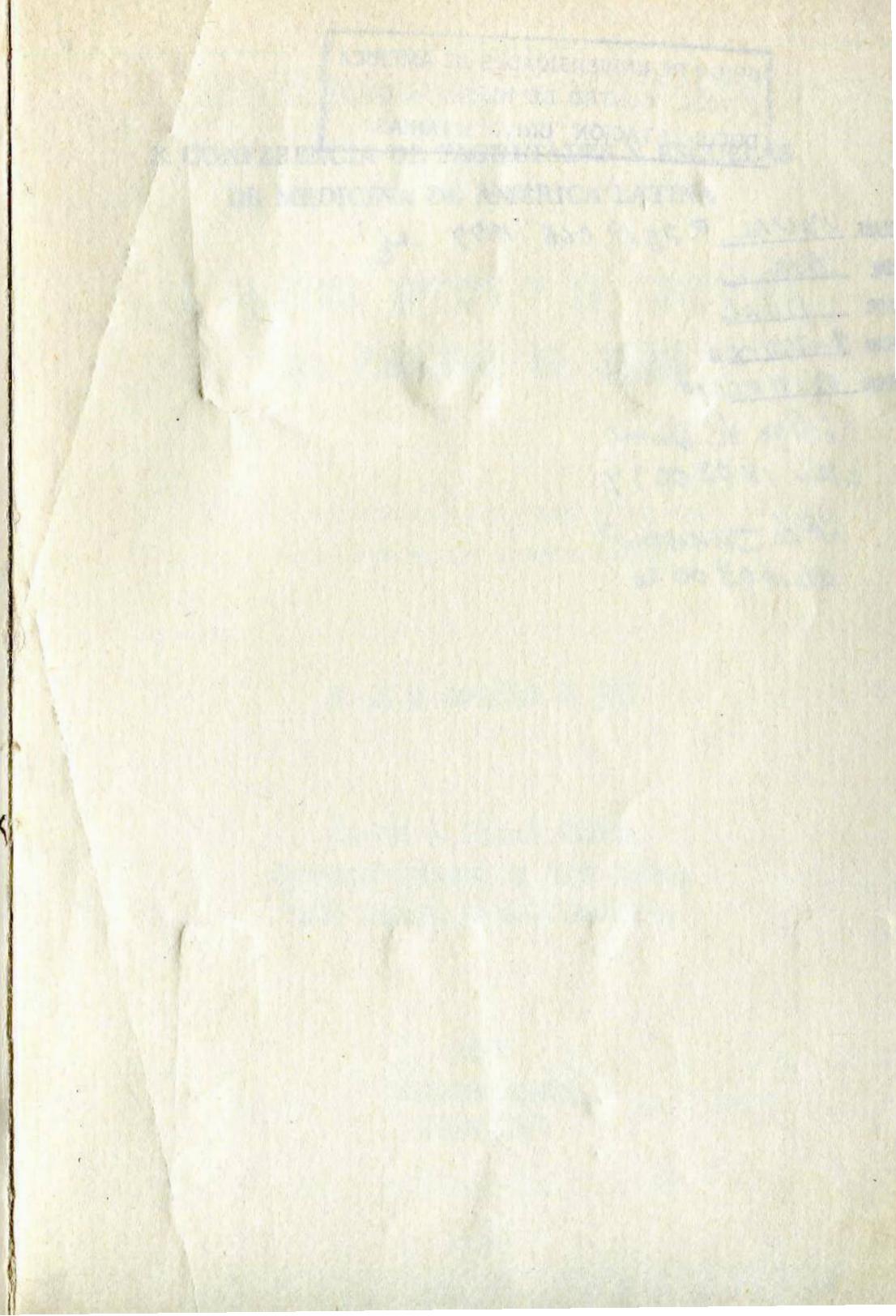
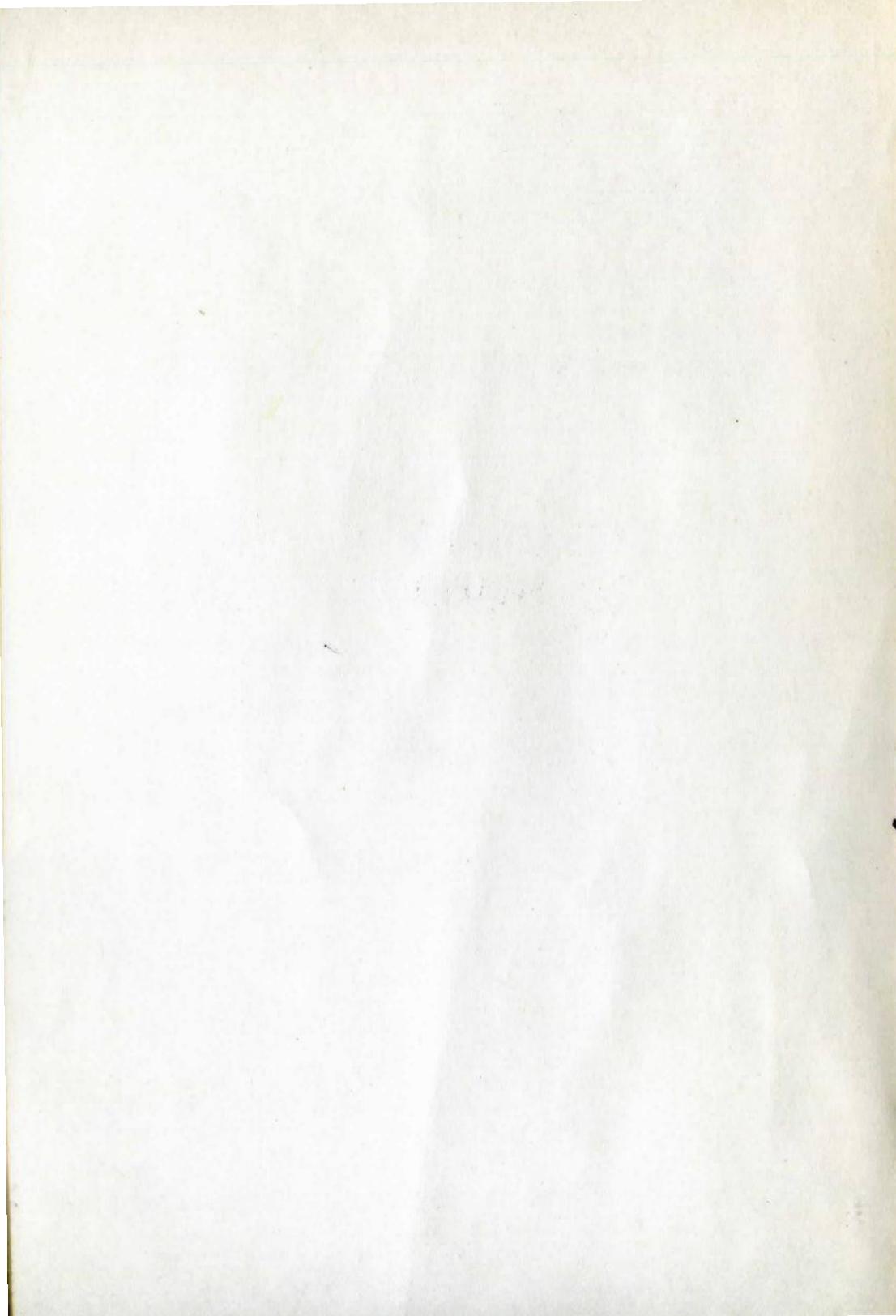
**LA PRACTICA MEDICA Y LA FORMACION
DEL PERSONAL DE SALUD**

X Conferencia de Facultades y Escuelas
de Medicina de América Latina

20 - 25 de noviembre de 1977

**Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Autónoma de Santo Domingo
Santo Domingo, República Dominicana**

**UDUAL
Secretaría General
México, 1979**



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

CLASE. UDUAL R755. C66 1977 ej 1
DQ. 5/6
ROC. UDUAL
FECHA 1-VIII-80
PRECIO DONACION

Código de barras
CIDU 18030034
06771
Nº de Inventario
2018030056

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA
**X CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS
DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA**

LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA FORMACIÓN
DEL PERSONAL DE SALUD

X Conferencia de Facultades y Escuelas
de Medicina de América Latina

28-31 de noviembre de 1977

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Autónoma de Santo Domingo
Santo Domingo, República Dominicana

1978
Secretaría General
México, 1977

UNION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

**LA PRACTICA MEDICA Y LA FORMACION
DEL PERSONAL DE SALUD**

**X Conferencia de Facultades y Escuelas
de Medicina de América Latina**

20 - 25 de noviembre de 1977

**Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Autónoma de Santo Domingo
Santo Domingo, República Dominicana**

**UDUAL
Secretaría General
México, 1979**

Esta Memoria fue preparada por el
Dr. Pedro Rojas

	Pág.
Presentación	11
Consejo Ejecutivo de la UDUAL	13
Comisión Organizadora de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina	15
Relación de temas, ponentes y comentaristas oficiales	17
Calendario a que se sujetó la X Conferencia	19
Sesión Preliminar	21
Registro de asistencia	25
Informe de la Comisión Organizadora	39
Ceremonia Inaugural	45
Palabras de bienvenida del Dr. Guarocuya Batista del Villar, rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo	51
Palabras del Dr. Efrén C. del Pozo, secretario general de la Unión de Universidades de América Latina	55
Palabras del Dr. Ney Arias, secretario de Estado de la República Do- minicana	59
Palabras del Dr. José García Ramírez, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UASD y presidente de la X Conferencia	63
Palabras de inauguración formal de la X Conferencia a cargo del Lic. Carlos Rafael Goico Morales, vicepresidente de la República Domi- nicana	68

Primera Sesión Plenaria	69
Tema I: Análisis de la práctica médica actual en América Latina, por el Dr. Hesio Cordeiro (Brasil)	75
Comentario al Tema I, por el Dr. Heber Villalobos (Venezuela)	99
Comentario al Tema I, por el Dr. Rodrigo Yépez (Ecuador)	111
Segunda Sesión Plenaria	125
Tema II: La interacción entre la comunidad y la universidad en el proceso educativo, por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo	129
Comentario al Tema II, por el Dr. Manuel Sirvent (México)	147
Comentario al Tema II, por el Dr. Tirso Victoriá Lluberes (Rep. Dominicana)	155
Tercera Sesión Plenaria	165
Tema III: Criterios y mecanismos para la integración docente-asistencial, por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana, Cuba (Dr. Luis Rodríguez Rivera)	171
Comentario al Tema III, por el Dr. Alberto Vasco Uribe (Colombia) ..	185
Comentario al Tema III, por el Dr. Rubén Vasconcelos (México)	191
Sesiones de Comisiones de Trabajo	197
Mesa Redonda: Los medicamentos y la práctica médica, por los doctores Carlos Cristóbal (Argentina), Alfonso Matallana (Colombia), Ceferrino Sánchez (Panamá), Hugo Mercer (Argentina), Arismendy Díaz Santana (Rep. Dominicana), Ramón Troncoso (Chile) y Juan César García, moderador (OPS). Conclusiones	201
Cuarta Sesión Plenaria. Conclusiones	269
Relato General de la X Conferencia	273
Sesión de Clausura	291
Discurso pronunciado por el Dr. Magín Domingo Puello, vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UASD y presidente de delegación	293

Discurso pronunciado por el Dr. Efrén C. del Pozo, secretario general de la UDUAL	295
Discurso pronunciado por el Dr. Carlos Alfonso Moro, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela	297
Discurso pronunciado por el Dr. Víctor Manuel Sánchez Martínez, de la Universidad Autónoma de Puebla, México	299
Discurso pronunciado por el Dr. José García Ramírez, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UASD	301
Apéndices:	
Apéndice I, Carta enviada a la X Conferencia por el Dr. Ángel Fernández Vila, presidente de la IX Conferencia celebrada en La Habana, Cuba	305
Apéndice II, Relación de las Conferencias de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina organizadas por la UDUAL	307
Apéndice III, Reglamento para las Conferencias de Escuelas y Facultades de Medicina de las universidades afiliadas a la UDUAL	313

PRESENTACIÓN

Una vez más, por décima ocasión, los trabajos organizativos de otra Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina llegaron a feliz término con la celebración del evento. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, patrocinó esta X Conferencia de la UDUAL, reuniendo un buen número de delegados convocados para estudiar y discutir un temario que se formuló detectando la problemática de mayor actualidad en el campo de la salud, en nuestra región.

Se contó con el apoyo decidido del rector de la Universidad anfitriona, doctor Guarocuya Batista del Villar, y del cuerpo de funcionarios de esta Casa de Estudios, en respaldo a las iniciativas y trabajos del doctor José García Ramírez, que fuera decano de la Facultad auspiciante. Los profesores y estudiantes de la carrera médica dieron ayuda complementaria y entusiasta para el mejor desarrollo del evento. Los trabajadores administrativos aportaron, asimismo, toda su dedicación y esfuerzo.

El tema general de la reunión fue: **LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD**, desglosado en los siguientes subtemas: *Análisis de la práctica médica actual en América Latina, alternativas y tendencias. Líneas de investigación; La interacción entre la comunidad y la universidad en el proceso educativo; Criterios y mecanismos para la integración docente-asistencial.* A esto se añadió una Mesa Redonda intitulada: *Los medicamentos y la práctica médica.*

Con la organización de la X Conferencia la UDUAL consiguió mantener el ritmo y continuidad deseables en esta clase de reuniones, así como la identidad de las instituciones participantes, limitándose estrictamente a los principios que rigen nuestra organización, a saber, latinoamericanismo e integración cultural. Nos merece especial recuerdo, a estas fechas, la figura del doctor Efrén C. del Pozo, quien actuó como secretario general de nuestra Unión hasta el 14 de mayo de 1979, fecha en que ocurrió su deceso. El doctor Efrén

C. del Pozo se caracterizó siempre como un firme y denodado impulsor de la causa universitaria latinoamericanista.

Agradecemos a todas las personas mencionadas y en particular al doctor Antonio Rosario, sucesor en la rectoría de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Primada de América, el que haya recogido la trayectoria de lucha de su antecesor, así como el haber apoyado la publicación de esta *Memoria*.

La XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, tendrá lugar bajo los auspicios de la Escuela de Medicina, de la Universidad Autónoma de Puebla, México, y agregará un nuevo eslabón a los estudios e intercambios de experiencias de los profesionales de esta rama del conocimiento humano, planteando nuevas soluciones guiadas, sin duda, por los imperativos de servicio social que gravitan sobre el campo médico del área latinoamericana.

Dr. Pedro Rojas
Secretario General a. i.
de la UDUAL.

CONSEJO EJECUTIVO DE LA UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMERICA LATINA

PRESIDENTE:	<i>Dr. Guillermo Soberón Acevedo,</i> rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.
PRIMER VICEPRESIDENTE:	<i>Dr. Avelino J. Porto,</i> rector de la Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
SEGUNDO VICEPRESIDENTE:	<i>Dr. Camilo Mena Mena,</i> rector de la Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
TERCER VICEPRESIDENTE:	<i>Dr. Juan Oscar Usher Tapponier,</i> rector de la Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Asunción, Paraguay.
PRIMER VOCAL:	<i>Dr. Fernando Hinestrosa Forero,</i> rector de la Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia.
SEGUNDO VOCAL:	<i>Dr. Pablo Bolaños,</i> rector de la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
TERCER VOCAL:	<i>Dr. Juan B. Arrién García,</i> rector de la Universidad Centroameri- cana, Managua, Nicaragua.
CUARTO VOCAL:	<i>Dr. Juan Casillas García de León,</i> rector de la Universidad Autónoma Metropolitana, México, D. F.
SECRETARIO GENERAL:	<i>Dr. Efrén C. del Pozo.</i>

**COMISIÓN ORGANIZADORA DE LA X CONFERENCIA
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA
DE AMÉRICA LATINA**

- Dr. Guarocuya Batista del Villar, Presidente de Honor.**
Rector de la Universidad Autónoma
de Santo Domingo.
- Dr. José García Ramírez, Presidente del Comité Organizador.**
Decano de la Facultad de Ciencias
Médicas de la UASD.
- Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de
Universidades de América Latina.**
- Dr. Pedro Rojas Coordinador de Conferencias de la
UDUAL.**

COLABORADORES

- Dr. Magín Domingo Puello,**
Dr. Fernando Sánchez M.,
Dr. Hugo Mendoza,
Dr. Vinicio Calventi,
Dra. Ligia Leroux de Ramírez,
Dr. Nelson Astacio,
Dr. Alberto Portes,
Dr. Carlos Roa Secretariado.
Dr. Darío Solano Secretariado.

SUBCOMISIONES. COORDINADORES

Dr. Roberto Sánchez Sanlley,	Finanzas.
Dr. Rafael Kasse Acta	Protocolo.
Dr. José Rodríguez S.,	Relaciones Públicas.
Dr. Ignacio Rodríguez Chappini,	Programación.
Dra. Lucila Troncoso de Lezcano,	Credenciales.
Lic. Dagoberto Tejeda,	Publicaciones.
Dr. Víctor Gutiérrez,	Transporte.

ASESORES

Dra. Josefina Padilla,
Vice-rectora Académica.

Lic. Manuel Lara H.,
Vice-rector Administrativo.

Dr. Antonio Lockward,
Secretario General UASD.

TEMAS, PONENTES Y COMENTARISTAS OFICIALES

TEMA GENERAL: LA PRÁCTICA MÉDICA Y LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD.

TEMA I: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL EN AMÉRICA LATINA, ALTERNATIVAS Y TENDENCIAS. Líneas de investigación.

Ponente:	<i>Hesio Cordeiro</i>	(Brasil)
Comentaristas:	<i>Rodrigo Yépez</i>	(Ecuador)
	<i>Heber Villalobos</i>	(Venezuela)

TEMA II: LA INTERACCIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO.

Ponente:	Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Trabajo colectivo de los doctores <i>Guarocuya Batista del Villar; José García Ramírez; Magin Domingo Puello; Fernando Sánchez M.; Blanca García;</i> y licenciado <i>Dagoberto Tejeda</i>	(República Dominicana)
Comentaristas:	<i>Manuel Sirvent</i>	(México)
	<i>Rodrigo Gutiérrez</i>	(Costa Rica)

TEMA III: CRITERIOS Y MECANISMOS PARA LA INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL.

Ponente:	Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana	(Cuba)
Comentaristas:	<i>Alberto Vasco Uribe</i>	(Colombia)
	<i>Rubén Vasconcelos</i>	(México)

MESA REDONDA: LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA.

Ponentes:	<i>Carlos Cristóbal</i>	(Argentina)
	<i>Alfonso Matallana</i>	(Colombia)
	<i>Geferino Sánchez</i>	(Panamá)
	<i>Ramón Troncoso</i>	(Chile)
	<i>Hugo Mercer</i>	(Argentina)
	<i>Arizmendy Díaz Santana</i>	(República Dominicana)
Moderador:	<i>Juan César García</i>	(OPS)

CALENDARIO A QUE SE SUJETÓ LA CONFERENCIA

—RATIFICADO EN LA SESIÓN PRELIMINAR—

Domingo 20 de noviembre

8:30 a 12:00 hs.	Inscripción de delegados.
17:00 a 19:00 hs.	Sesión Preliminar.
21:00 hs.	CEREMONIA INAUGURAL.

Lunes 21 de noviembre

8:30 a 12:00 hs.	Primera Sesión Plenaria. Presentación de la ponencia por encargo sobre el Tema I: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL EN AMÉRICA LATINA, ALTERNATIVAS Y TENDENCIAS. Líneas de investigación, y sus comentarios por encargo. Discusión en lo general.
------------------	--

16:00 a 19:00 hs.	Segunda Sesión Plenaria. Presentación de la ponencia por encargo sobre el Tema II: LA INTERACCIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO, y sus comentarios por encargo. Discusión en lo general.
-------------------	--

Martes 22 de noviembre

8:30 a 12:00 hs.	Tercera Sesión Plenaria. Presentación de la ponencia por encargo sobre el Tema III: CRITE-
------------------	--

RIOS Y MECANISMOS PARA LA INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL, y sus comentarios por encargo. Discusión en lo general.

16:00 a 19:00 hs. Trabajo simultáneo de Comisiones sobre los Temas I, II y III.

Miércoles 23 de noviembre

8:30 a 13:30 hs. Trabajo simultáneo de Comisiones sobre los Temas I, II y III.

Jueves 24 de noviembre

8:30 a 12:00 hs. Mesa Redonda **LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA.**

16:00 a 19:00 hs. Mesa Redonda (continuación). Conclusiones.

Viernes 25 de noviembre

8:30 a 12:00 hs. Cuarta Sesión Plenaria. Presentación del Relato General. Acuerdos y conclusiones.

12:00 a 13:00 hs. **SESIÓN DE CLAUSURA.**

SESIÓN PRELIMINAR

Domingo 20 de noviembre de 1977

17:00 hs.

SESIÓN PRELIMINAR

En el Paraninfo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, a las 17:20 horas del domingo 20 de noviembre, se abrió la Sesión Preliminar de la X Conferencia.

Ocuparon la Mesa de Honor los doctores Efrén C. del Pozo, Secretario General de la UDUAL, Guarocuya Batista del Villar, rector de la UASD, José García Ramírez, decano de dicha Facultad y Presidente de la Comisión Organizadora, y Pedro Rojas, Coordinador de Conferencias de la Unión.

La Sesión se sujetó a la siguiente Orden del día:

1. Apertura de la Sesión por el doctor Efrén C. del Pozo .
2. Lectura del informe de la Comisión de Credenciales.
3. Informe del Comité Organizador.
4. Elección y toma de posesión de la Mesa Directiva.

Abierta la Sesión por el doctor Del Pozo, inmediatamente dio lectura al registro de asistencia el doctor Pedro Rojas, el que una vez sometido a aclaraciones o rectificaciones fue aprobado por la Asamblea.

Acto seguido hizo uso de la palabra el doctor José García Ramírez quien rindió un amplio y pormenorizado informe de las actividades desarrolladas por el Comité Organizador que presidió.

Una vez leído dicho Informe la presidencia de la Sesión abrió el registro de candidatos para ocupar los cargos de la Mesa Directiva. Primeramente fue electo por aclamación el doctor García Ramírez, como Presidente de la Conferencia, y el Secretario General de la UDUAL le dio inmediata posesión.

Para ocupar los cargos de Vicepresidentes se propuso fueran representantes de cada país y tras de una discusión se aprobó que serían designados por las delegaciones respectivas, quedando en la siguiente forma: doctores

Dagoberto Espinoza, de Honduras; Carlos Moros, de Venezuela; Abel Hernández, de México; Joaquín Solís Piura, de Nicaragua; Rodolfo Young, de Panamá; Rodrigo Yépez, de Ecuador; Enrique Soto Urbina, de Guatemala y Magín Domingo Puello, de la República Dominicana.

A moción del doctor García Ramírez la Asamblea aprobó la designación de los doctores Antonio Zaglul, como Relator General y Heber Villalobos, como Secretario General.

La Asamblea aprobó en seguida el Calendario de la Conferencia y una moción del doctor Magín Domingo Puello de que la reunión conociera la lucha de los pueblos por su liberación.

Finalmente se propuso y aprobó que la Conferencia rindiera un minuto de silencio como homenaje póstumo al doctor Jorge Andrade, Relator General que fue de la IX Conferencia, transmitiendo condolencias a sus deudos.

NOTA. La lista de asistencia fue obtenida de los registros personales. En cumplimiento de las disposiciones reglamentarias para las Conferencias de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL, el Comité Organizador nombró como sus representantes en la Comisión de Credenciales a las doctoras Lucila Troncoso de Lezcano y Celia Cruz de Colón. Por la Secretaría General de la UDUAL fue designado el doctor Pedro Rojas. La comisión rindió un primer informe con la inscripción recogida hasta las 14:00 horas del 20 de noviembre de 1977 y un segundo informe cerrado a las 14:00 horas del día 24 inmediato siguiente. Los nombres del Registro de Asistencia que publicamos son los que consignaron las actas de la Comisión de Credenciales.

X CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

REGISTRO DE ASISTENCIA

CUBA

DELEGADOS OFICIALES:

*Instituto Superior de Ciencias
Médicas de La Habana*

José Antonio Llorens Figueroa,

Mayda Pérez Pupo,

Francisco Pérez Carballás,

*Instituto Superior de Ciencias
Médicas de Santiago de Cuba*

Juan José Ceballos,

Juan José Rabilero Fonseca,

ECUADOR

Universidad Católica de Guayaquil

Gustavo Cornejo Montalvo,

Jefe del Departamento de
Educación Continua (MINSAP)
Directora del Instituto de
Ciencias Básicas y Preclínicas
"Victoria Girón"
Director Nacional de Docencia
Médica Superior (MINSAP)

Rector
Estudiante

Decano de la Facultad de
Ciencias Médicas

Universidad Central del Ecuador

Patricio Espinosa del Pozo,

Ayudante de Cátedra de Anatomía

GUATEMALA

Universidad de San Carlos

Enrique Soto Urbina,

Director de Fase de la Facultad de Ciencias Médicas

Edgar Rolando Muñoz Palacios,
Óscar Rolando Castillo Montalvo,
Isaías Ponciano Gómez,
Hugo Hernández Mendizábal,

Catedrático.
Profesor Adjunto

Vocal 2º de la Junta Directiva de Medicina

HONDURAS

Universidad Autónoma de Honduras

Dagoberto Espinosa Murra,

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

MÉXICO

Universidad Autónoma de Puebla

Víctor Manuel Sánchez Martínez,

Coordinador General de la Escuela de Medicina

Rafael Valdés Aguilar,

Director del Hospital Universitario

Ivanhoe Gamboa,

Miembro de la Comisión Directiva Genetista

Jorge Corte Huerta,
Antonio Marín López,

Consejero Universitario
Profesor de Medicina. Jefe de Enseñanza del Hospital Universitario

Universidad Autónoma de Guadalajara

Abel Hernández Chávez,

Coordinador de *Curriculum*

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Octavio Longoria Cervantes,

Director de la Facultad de Medicina

Humberto Barrera Ríos,

Secretario Administrativo de la Facultad de Medicina

Universidad Veracruzana

Héctor Rechy Murillo,

Director de la Facultad de Medicina

Jorge Nicolás Chantini Pérez,

Director de la Facultad de Medicina

Antonio Pérez Díaz,

Jefe de la División Médico Biológica

NICARAGUA

Universidad Autónoma de Nicaragua

Joaquín Solís Piura,

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

PANAMÁ

Universidad de Panamá

Rodolfo Young Abrahams,

Decano de la Facultad de Medicina

Alonso Roy,

Jefe del Departamento de Cirugía

Thomas Patricio Owens Jaen,

Profesor de Anatomía

REPÚBLICA DOMINICANA

Universidad Autónoma de Santo Domingo

Magín Antonio Domingo Puello,

Vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas

Fernando Sánchez Martínez,

Director del Departamento de Medicina

Nelson Astacio,

Juan Dagoberto Tejeda Ortiz,
M. Alberto Portes Sánchez,
Hugo Rafael Mendoza Tapia,
Blanca Odette García Peguero,

Ligia Leroux de Ramírez,

Vinicio Calventi,
Temístocles Caridad Aristy,

*Universidad Católica
Madre y Maestra*

Juan Daniel Boddén Tejada,

VENEZUELA

Universidad de los Andes

Freddy Rangel Vázquez,
Oswaldo Alcalá Carvajal,

Universidad Central de Venezuela

Rafael Ángel Barreto,

Miguel Ángel Pérez Rodríguez,

Carlos Alberto Moros Ghersi,

Miguel Bellorin Tinto,

Robinson Gómez García,
Juan Francisco Duque Pernia,

Coordinador de Ciencias
Médicas

Profesor
Delegado estudiantil
Profesor-coordinador de cátedra

Coordinadora Ejecutiva
de ODEPLAN

Profesora-directora interina del
Departamento de Ciencias
Fisiológicas

Profesor
Delegado estudiantil

Profesor Auxiliar de
Epidemiología

Coordinador del Ciclo Básico
Miembro del Consejo de la
Facultad de Medicina

Representante de profesores del
Consejo de la Facultad de
Medicina

Coordinador General de
Educación Médica

Decano de la Facultad
de Medicina

Consejero de la Facultad
de Medicina

Profesor agregado de Medicina
Coordinador docente de
Medicina Interna

Universidad del Zulia

Helio R. Galve Faria,
Humberto Méndez Romero,

Darío Montiel Villamil,

DELEGADOS OBSERVADORES:

BRASIL

Universidad Federal do Paraná

Simmas Alves Ernani,
Director

CUBA

*Instituto Superior de Ciencias
Médicas de Villa Clara*

Ricardo Jorge Oropeza,

Ysabel Álvarez

EL SALVADOR

Universidad de El Salvador

Guillermo Quiñonez,

GUATEMALA

Universidad de San Carlos

Conrado Antonio Rivera Lara,

Secretario Docente
Director de la Escuela de
Medicina

Decano de la Facultad
de Medicina

Director de Planeamiento
Docente y Tecnología
Educativa
Vicedecano de la Facultad
de Medicina

Jefe del Departamento de
Educación Médica

Presidente de la Asociación
Estudiantil

MÉXICO

*Organización Panamericana
de la Salud.*

Organización Mundial de la Salud.

Héctor Silva Olivares,
Jesús Cliunga Bernal,

Consultor
Funcionario universitario

REPÚBLICA DOMINICANA

*Organización Panamericana
de la Salud.*

Organización Mundial de la Salud.

Alidia H. Gordillo,
Antonio Hernández Prada,
Benjamín Gómez Herrera,

Consultor
Consultor Proyecto 5100

*Universidad Nacional
"Pedro Henríquez Ureña"*

Emile de Boyre,

Representante del decano de
Ciencias de la Salud y Profesor
Profesor de Salud Pública

Winston Álvarez Martínez,

Universidad Central del Este

Julio Óscar Tejeda Jáquez,

Profesor de Neuroanatomía
y Neurología
Decano de la Facultad de
Ciencias Médicas

Juan Arístides Silva Santos,

*Universidad Autónoma
de Santo Domingo*

Víctor Manuel Martínez Ortiz,

Vicedecano de Ciencias
Económicas y Sociales
Directora de OPLAU
Directora del Departamento
de Educación y Biología
Director de Odontología

Ivelisse Prate Ramírez de Pérez,
Ligia Amada Melo de Cardona,

Milvio Linares Tejeda,

Napoleón A. Perdomo C.,

Lucitania Martínez de Moreta,

Amiro Pérez Mera,

Abel Fernández Mejía,

Mitsy Cabral Burgos,

Rafael Ortega G.,

Feida Luz Aybar de Dipp,

Rubén Andújar Pimentel,

Maribel Bautista R.,

Ligia Balderas Valdez,

Roberto Augusto Sánchez Sanlley,

María Teresa Qudillo Castillo,

José Luis García Chávez,

Víctor Antonio Gutiérrez Almonte,

Caracciolo Vargas G.,

Pablo María Hernández Disla,

Andrés García Martínez,

Griselda Andújar de Báez,

Ana Silvia Reynoso de Abud,

Erasmó Lara,

Sofía Georgina Khouri Zouain,

Ángel Rafael Caputo Antonio,

Zoila Mercedes Valdez Benítez,

Gustavo A. Tavarez B.,

José R. Oviedo y Javier,

José Garrido Calderón,

Dolores de los Santos,

Director del Departamento de
Ciencias Morfológicas

Directora del Departamento
de Filosofía

Director del Departamento
de Salud Pública

Director del Departamento de
Filosofía y Letras

Director del Departamento
de Bioanálisis

Director del Hospital

"San Vicente de Paul"

Director Departamento
de Farmacia

Coordinador de Cirugía

Coordinadora de Cátedra

Coordinadora

Coordinador de Cirugía

Coordinadora de la cátedra
de Nutrición

Auxiliar de Coordinación

Coordinador de Anatomía

Coordinador de la cátedra

de Fisopatología

Supervisor Unidad *Curriculum*

Oficina de Planificación

Universitaria

Profesora-coordinadora

Profesora de Patología

Profesor

Profesora de Salud Pública

Profesor de Ginecología

y Obstetricia

Profesora

Profesor de Agronomía

y Veterinaria

Profesor Master de Salud Pública

Profesor de Medicina

Profesora

Ivanhoe Báez Comme,
José David,
Teresa Peña Silverio,
Daisy Peña de Jiménez,
Raquel Peña de Rodríguez,
Julio A. Ravelo Astacio,
Ignacio Rodríguez Chappini,
Carlota Johnson Km'g,
Sonia Vargas G.,
Pura Altagracia Guzmán Lara,
Sonia Teresa González Soto,
Elvira Regos,
Rosa Adela Brito P.,
Gisela Santana de Olivero,
Juan Marchena Porvons,
Maritza La Paix de Domenech,
Magaly Núñez de Campos,
Ramón Portez Carrasco,
Adolfo Guzmán,
Arnaldo Espeillat Cabral,
Matilde Candelario Cortez,
Milda Rodríguez Marcelino,
Maximiliano Bejarano Ordóñez,
Manuel Julio Calero Rojas,
Betty Josefina Agramonte Novoa,
Virginia García de Pérez,
Zoraida Heredia Vda. de Sancar,
Juan Durán Faneitte,
Ángel Moretas Agusvivas,
Ángel Honorio Lamarche Padilla,
Victor Suero C.,
Félix María Guerra Camarena,
Rafael Camasta,

Profesor de Cirugía
Profesor de Ciencias
Morfológicas
Profesora
Profesora
Profesora
Profesor de Medicina
Profesor de Odontología
Profesora
Profesora
Profesora de Salud Pública
Profesora de Enfermería
Profesora-Investigadora de
Microbiología
Profesora de la Escuela
de Enfermería
Profesora de la Facultad
de Ciencias Médicas
Profesor en Toxicología
Profesora-miembro
de ODEPLAU
Profesora
Profesor
Profesor de Gastroenterología
Profesor
Profesora de la Facultad de
Ciencias Médicas
Profesor de Fisiología
Profesor de Farmacología
Profesor de Cardiología
Ayudante de profesor
Profesora provisional
Profesora-investigadora social
Profesor provisional
Profesor de Filosofía
Profesor de Odontología
Profesor Adjunto de Nutrición
Profesor de Salud Pública
Profesor Adjunto de Ortopedia

José Antimoe Fiallo Billini,
José D. Chanlatte Bair,
Luz Divina Zavarez de Huguet,
José Joaquín Hungría Morell,
Miguel Campillo Llibre,
Vinicio Orlando Adamas Jesurum,
Haydes Rondón de Nova,
Tirso Mejía Ricarte,
Héctor Darío Taveras García,
William R. Galván S.,
Jesús Feris Iglesias,
José Ludovino Sánchez Díaz,
Rogelio Ledesma Méndez,
Lourdes Mercedes Herrera,
Ma. de los Ángeles Oviedo Oviedo,
Martha Sonia Soto de Pimentel,
Leopoldo González Brache,
Ana María Montes de Oca,
Luis J. Soto Martínez,
Rómulo Richardson Cruz,
María Esperanza Quezada de
Deleón
Doeida Bello Matos,
Luis Pérez Espaillat,
Homero Pumarol Pugero,
Raulina Mendoza de Schiker,
Josefina Zaiter de Zaglul,
Miguel Aristy Rodríguez,
Carlos Darwin Gómez Rosa,
Juan Francisco Benoit Zacarías,
Mercedes Soler de Jiménez,
Adalgisa Linares Martínez,
Ydalia Aybar Domínguez,

Asistente académico de Historia
Profesor provisional de Cirugía
Profesora de Pediatría
Profesor e Investigador Ciencias
Geográficas
Docente de Salud Pública
Profesor Cartógrafo
fotogrametista
Profesora de Pediatría
Director del Departamento de
Historia y Antropología
Profesor
Profesor de Psicología Evolutiva
Profesor de Pediatría
Profesor de Ciencias Médicas
Profesor de Demografía y Salud
Profesora médico-quirúrgica
Profesora de Enfermería
Profesora de Ciencias Médicas
Profesor de Gastroenterología
Profesor de Ciencias Médicas
Profesor
Profesor de Medicina
Profesora de Radiología Dental
Profesora del Departamento
de Farmacia
Profesor de Odontología
Profesor Provisional de
Ginecoobstetricia
Profesora
Miembro de ODEPLAU
Profesor de Morfología
Delegado Estudiantil
Ayudante de profesor
de Anatomía
Ayudante de profesor
Ayudante de profesor
Ayudante de profesor

Carlos Figueroa D.,
 Freddy Barnichta Ramírez,
 Nelson Gabriel Rodríguez Peralta,
 Rafael García Álvarez,
 Dolores Peralta de Cruz,
 Luz Altagracia Nova Vázquez,
 Esmeraldo Cedeño Zaveras,
 Adonis Martín,
 Ramón Corona Springer,
 Abelardo Cortorreal P.,
 Carlos Difo,
 Bautista Rojas Gómez,
 Félix Rafael Martínez,
 Teresa Cassó y Cassó,
 Miguel Ángel Arias Ceballos,
 Irma González,
 José Miguel Ferreras,
 Sergio Hipólito Reyes Arriaga,
 Pelagio Cruz Tavarez,
 Aníbal Gomera Leger,
 Miguel Ángel Espinal,
 Fernando Caude Modesto,
 Winston José Teódulo Genao Aude,
 Manuel Antonio Cuello Batista,
 Domingo Antonio Thon García,
 Ramón Victoria Molina,
 Octavio Manuel Estrella García,
 Diógenes Gómez Durán,
 Juan Pablo Ortega,
 Luis Eludin Pérez Delgado,
 Arturo García Carrasco,
 Ana Julia del Rosario Núñez,
 Milagros Ramírez de Maldonado,
 Isabel Corina Best Molaneaux,
 Regina Altagracia Silverio
 del Monte,
 Dulce Emilia Medina Fenicios,
 Miguel A. Reyes García,

Monitor
 Auxiliar de profesor
 Auxiliar de investigación
 Ayudante de profesor
 Departamento de Farmacia
 Ayudante de profesor
 Delegado Estudiantil
 Delegado estudiantil
 Delegado al Consejo Universitario
 Estudiante
 Estudiante
 Estudiante
 Estudiante
 Estudiante
 Estudiante
 Estudiante
 Representante estudiantil
 Delegado estudiantil
 Delegado estudiantil
 Delegado estudiantil
 Delegado estudiantil
 Delegado estudiantil
 Estudiante
 Delegado estudiantil
 Delegado estudiantil
 Delegado estudiantil
 Estudiante
 Ayudante profesor Enfermería
 Recursos Humanos SESPAS
 Servicios de Enfermería
 Servicios de Enfermería
 Servicios de Enfermería
 Profesor de Anatomía

Marcial Romero,
 Shirley Sánchez de Pelletier,
 Eugenia Federo Polanco,
 Francisco Antonio Mirambeaux
 Núñez,
 Zila Castillo Rodríguez,
 Elena Núñez Ramírez,

PUERTO RICO

Universidad de Puerto Rico

Jorge J. Fernández Pavón,

VENEZUELA

Universidad Central de Venezuela

Rafael Fuentes Bruzual,

Aliz Luna Bazó,

Francisco José Jiménez Rojas,
 Alida Maná Freites M. de Fuentes
 Brisal,

Gonzalo Antonio Escobar Castillo,
 Williams Rodríguez Franco,

Universidad Simón Bolívar

Gloria Chávez de Duque,

Luis Manuel Manzanilla,

INVITADOS ESPECIALES

REPÚBLICA DOMINICANA

*Universidad Autónoma
 de Santo Domingo*

Antonio Zaglul,

Proyecto Bienestar Familiar
 BM/SESPAS
 ODEPLAU/UASD
 Profesora de Bioanálisis
 Delegado estudiantil

Estudiante
 Estudiante

Rector Recinto de Ciencias
 Médicas

Director de la Escuela de Salud
 Pública
 Directora de la Escuela
 de Nutrición

Estudiante
 Estudiante

Jefe adjunto de Ciencias de la
 Salud

Profesor de Psiquiatría

Ramón Molina,
Mercedes Sabater de Macarulla,
Virgilio Bello Rosa,
Ana Josefina Padilla Vda. de
Sánchez,
Rolando Alberto Roques Martínez,
Rogelio Lamarche Soto,

Guarocuya Batista del Villar,
Rafael Kasse Acta,

Antonio Lockward Artilés,
Alicia Fernández Delgado,

Yolanda Lagares de Marchena,

*Instituto Tecnológico
de Santo Domingo*

José María Gómez Pichardo,

*Organización Panamericana
de la Salud*

Otto Menéndez,
Silvio Gómez Arango,

*Secretaría de Estado de Salud
Pública y Acción Social
(SESPAS)*

Fidelina Therman de Aguilar,

*PONENTES Y
COMENTARISTAS OFICIALES*

Hesio Cordeiro (Brasil)
Rodrigo Yépez (Ecuador)

Dirigente de la Federación de
Estudiantes Dominicanos
Profesora (Depto. de Física)
Decano de la Facultad
de Humanidades
Vice-rectora académica
Decano-FIA
Director del Departamento
de Biología
Rector de la UASD
Ex rector de la UASD y profesor
de Odontología

Profesora Meritísima
de Bioquímica
Decano de la Facultad de
Ciencias Químicas

Director de la Escuela de
Medicina

OPS/OMS Guatemala
Representante de la OPS

Sub-Secretaria

Ponente Oficial Tema I
Comentarista Oficial
Tema I

Heber Villalobos (Venezuela)
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad Autónoma de Santo
Domingo (República Dominicana)
Manuel Sirvent Ramos (México)
Luis Rodríguez Rivera (Cuba)
Alberto Vasco Uribe (Colombia)
Rubén Vasconcelos (México)
Carlos Cristóbal (Argentina)

Alfonso Matallana (Colombia)

Ceferino Sánchez Jorquera
(Panamá)

Ramón D. Troncoso (Chile)

Hugo Mercer (Argentina)

Arizmendy Díaz Santana
(República Dominicana)

Tirso Victoriá Lluberes
(República Dominicana)

Juan César García (O.P.S.)

COMITÉ ORGANIZADOR

*Unión de Universidades
de América Latina*

Efrén C. del Pozo,
Mercedes Villaseñor de del Pozo,
Pedro Rojas,

*Universidad Autónoma
de Santo Domingo*

José García Ramírez,

Lucila Troncoso de Lezcano,

Cecilia Cruz de Colón,

Comentarista Oficial Tema I
Ponente Oficial Tema II

Comentarista Oficial Tema II
Ponente Tema III

Comentarista Oficial Tema III
Comentarista Oficial Tema III

Ponente Oficial de la Mesa
Redonda

Comentarista del Tema II

Moderador

Secretario General
Relaciones Públicas
Coordinador de Conferencias

Decano de la Facultad de Ciencias
Médicas
Coordinadora y miembro del
Consejo Técnico
Profesora

INFORME DEL COMITÉ ORGANIZADOR

Rendido por su Presidente, doctor José García Ramírez, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo

En el mes de febrero de 1976 la Sesión Plenaria de la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL, reunida en la Universidad de La Habana, Habana, Cuba, en su tema de elección de la sede de la X Conferencia, eligió a la Universidad Autónoma de Santo Domingo y su Facultad de Ciencias Médicas para que realizara dicha Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. En fecha mayo de 1976 el Consejo Universitario de la UASD, ratificó la sede para el evento de las Facultades.

En fecha 20-30 de julio de 1976, en el nuevo edificio de la UDUAL en la ciudad de México, celebramos junto al Secretariado de la UDUAL la primera sesión preparatoria. Asistieron los doctores Ángel Fernández Vila y Jorge Andrade Presidente y Relator General que fueron de la IX Conferencia, Efrén C. del Pozo y Pedro Rojas, Secretario General y Coordinador General de Conferencias respectivamente de la UDUAL, y José García Ramírez, Presidente del Comité Organizador.

En las sesiones de trabajo se tomaron en cuenta básicamente propuestas de la Facultad sede. Se formuló el siguiente temario, las que tuvieron presentes los temas tratados en las nueve conferencias precedentes, para evitar repeticiones innecesarias.

TEMA GENERAL DE LA CONFERENCIA: La práctica médica y la formación de personal de salud.

Temas particulares:

- I. Análisis de la práctica médica actual en América Latina. Alternativas y tendencias. Líneas de investigación.
- II. La interacción entre la comunidad y la Universidad en el proceso educativo.
- III. Criterios y mecanismos para la integración docente-asistencial, y una Mesa Redonda: Los medicamentos y la práctica médica.

Por acuerdo unánime, el grupo de trabajo hizo las siguientes recomendaciones de Ponentes y Comentaristas, sujetas a confirmaciones por parte de los invitados, del propio Comité Organizador y de la Secretaría General de la UDUAL:

Para el Tema I se invitó al doctor Hesio Cordeiro, de Brasil, profesor del Instituto de Medicina Social de la Universidad de Guanabará, en Río de Janeiro, como ponente por encargo. Para los comentarios a Rodrigo Yépez y Heber Villalobos, de Ecuador y Venezuela, respectivamente.

Como ponente por encargo para el Tema II, se designó a la Facultad de Ciencias Médicas de la UASD; que presentaría un trabajo de equipo y designaría un expositor para presentarlo. Los comentarios a cargo de los doctores Rodrigo Gutiérrez, de Costa Rica, y un miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; sin embargo, posteriormente se designó al doctor Manuel Sirvent, de México, en razón de que no pudo constatar a tiempo. A principios del mes de noviembre de 1977 se recibió una comunicación del doctor Rodrigo Gutiérrez en el sentido de que sus múltiples ocupaciones le impedían asistir a la Décima Conferencia para hacer el comentario de la Ponencia de la Facultad de Ciencias Médicas de la UASD.

El Tema III de la Conferencia le fue encargado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana. Como comentaristas fueron designados los doctores Alberto Vasco, de la Universidad de Antioquia, Colombia, y Carlos Monge, de la Universidad Cayetano Heredia, de Perú. Posteriormente el doctor Monge declinó dicho comentario mediante comunicación que enviara al doctor Efrén del Pozo. Dada la brevedad del tiempo el Secretario General de la UDUAL recomendó para dicha tarea al doctor Rubén Vasconcelos, de México, recomendación que fue aprobada luego de ser consultado el Comité Organizador en reunión celebrada en la residencia del doctor Del Pozo con motivo de la Tercera Reunión Preparatoria.

La Mesa Redonda se integró de la siguiente forma:

Doctor Juan César García de OPS/OMS, Moderador; doctor Plutarco Naranjo de Ecuador, quien luego desistió de participar debido a su nom-

bramiento como Embajador de su país en Moscú; doctor Alfonso Matallana de Colombia; licenciado Arizmendi Díaz Santana de República Dominicana. El panel de esta Mesa Redonda solo fue completado para las segunda y tercera reuniones preparatorias celebradas en Santo Domingo (diciembre 1976) y México (agosto 1977). El cuadro lo completaron: doctor Carlos Cristóbal, de Argentina (del exilio argentino, docente de la UAM, México) licenciado Hugo Mercer, Coordinador de Post-Grado de Maestría Social de la UAM, exiliado argentino; Ramón Dagoberto Troncoso, chileno laborando en la UNAM, exiliado, y el doctor Ceferino Sánchez, Vicedecano de Medicina de la Universidad de Panamá.

La fecha original del evento fue programada del 4 al 9 de diciembre de 1977. Sin embargo, en la segunda Reunión Preparatoria celebrada en diciembre de 1976, el Comité Organizador y el Secretariado de la UDUAL acordamos adelantar la fecha, en vista de las dificultades de tráfico aéreo que existen en ese mes. La nueva fecha acordada fue del 20 al 25 de noviembre de 1977.

A todas las Escuelas y Facultades de Medicina del continente (exceptuando las chilenas) les fue enviado el calendario, la convocatoria, normas para los trabajos, informaciones generales sobre la Conferencia, afiches, un detallado esquema aéreo y costos de pasajes para llegar a Santo Domingo; hoteles, reservaciones, ubicación de los consulados dominicanos en Latinoamérica.

El Comité Organizador fue constituido así:

UDUAL:

Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General,
Dr. Pedro Rojas, Coordinador.

UASD:

Dr. Guarocuya Batista del Villar, Presidente de Honor,
Dr. José García Ramírez, Presidente del Comité Organizador.

MIEMBROS:

Dr. Magín Domingo Puello, Coordinador,
Dr. Fernando Sánchez Martínez,
Dr. Hugo Mendoza,
Dr. Vinicio Calventi,

Dra. Ligia Leroux de Ramírez,
Dr. Nelson Astacio,
Dr. Alberto Portes.

SUBCOMISIONES:

Finanzas
Protocolo
Relaciones Públicas

Programación
Credenciales
Publicaciones
Transporte

ASESORES:

Dra. Josefina Padilla, Vicerrectora Académica de la UASD,
Lic. Manuel Lara Hernández, Vicerrector Administrativo de la UASD,
Dr. Antonio Lockward, Secretario General de la UASD,
Sr. Presidente de la Asociación Médica Dominicana,
Sr. Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social,
Sr. Director del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

Un gran esfuerzo económico ha realizado la Universidad para hacer frente a los gastos que genera este tipo de eventos. Preferimos hacer la Conferencia en el *campus* universitario principalmente para dar más colorido al evento, y además para remodelar nuestro Paraninfo, maltratado por el paso de los años.

Las fechas de entrega de ponencias fue cumplida parcialmente. Sin embargo todo el material del evento ha sido conocido por los interesados y procesados por el Comité para su distribución.

Una serie de personalidades han sido invitadas por el Comité Organizador, las cuales contribuirán a dar prestigio a este evento trascendental. Esas personalidades son: doctor Guillermo Soberón, rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, Presidente de la UDUAL; doctor Héctor Acuña, Director General de OPS/OMS; doctor Roberto Ferreira, Jefe de

COORDINADORES

Dr. Roberto Sánchez Sanlley
Dr. Rafael Kasse Acta
Dr. José Rodríguez Soldevilla
(sustituido posteriormente por el licenciado Frank Guerrero)
Dr. Ignacio Rodríguez Chiappini
Dra. Lucila Troncoso de Lezcano
Lic. Dagoberto Tejeda
Dr. Eduardo Houellemont
(sustituido posteriormente por el Dr. Víctor Gutiérrez)

la División de Recursos Humanos de OPS; doctor Roberto Valdeavellano, Rector de la Universidad de San Carlos, Guatemala; doctor Ramón Villarreal, rector de la Unidad Xochimilco de la UAM; doctora María Isabel Rodríguez de OPS, México. Estas personalidades de gran prestigio continental en la Educación Médica y la Salud lamentablemente no podrán acompañarnos en este evento por múltiples razones que les impidieron asistir a República Dominicana.

La promoción de la Conferencia ha sido amplia: envío de la convocatoria junto con la UDUAL a las Universidades afiliadas y no afiliadas, a nivel nacional e internacional. Esta Convocatoria ha sido enviada en tres ocasiones.

— Se distribuyeron 800 afiches entre las Facultades de Medicina del Continente e instituciones afines.

— Dos delegaciones nuestras visitaron en plan promocional: Venezuela, Colombia, Brasil, México, Puerto Rico, Guatemala, Costa Rica, Panamá, Honduras, Nicaragua.

— En el Boletín Informativo de la UASD se mantuvo una permanente información sobre la X Conferencia.

— La revista gremial de la Asociación Médica Dominicana publicó durante cuatro números consecutivos el afiche oficial de la Conferencia.

— Múltiples presentaciones de TV, radio y permanente difusión en la prensa escrita formaron parte de nuestro plan promocional.

El Comité Organizador ha recibido apoyo del Consejo Universitario de la UASD, sobre todo en las personas del rector doctor Guarocuya Batista del Villar y el vicerrector Administrativo licenciado Manuel Lara Hernández.

Colaboraciones económicas hemos recibido de la Asociación Médica Dominicana, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, la Universidad Central del Este, la Secretaría de Estado de Salud Pública. El gobierno de la República Dominicana facilitó al través de su Cancillería los visados correspondientes a los delegados extranjeros, y otras facilidades complementarias.

Una adecuada coordinación con la Oficina Central de la UDUAL en México, y la colaboración recibida por parte de un equipo de profesores, estudiantes y empleados de la Facultad, han permitido arribar hoy al inicio de esta Conferencia.

La labor eficiente del Departamento de Planta Física de la UASD ha permitido que este viejo Paraninfo, maltratado con el paso del tiempo, mudo

CEREMONIA INAUGURAL

Domingo 20 de noviembre de 1977

PALACIO DE BELLAS ARTES

PROGRAMA :

1. Himno Nacional.
Interpretación por el CORO UASD.
2. Presentación de los miembros de la mesa presidencial.
3. Palabras de bienvenida, del Rector Magnífico de la UASD.
4. Palabras del doctor Efrén C. del Pozo, Secretario General de la UDUAL.
5. Palabras del doctor Ney Arias, Secretario de Estado de Salud Pública.
6. Palabras del doctor José García Ramírez, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UASD y Presidente de la X Conferencia.
7. Palabras de inauguración formal de la X Conferencia, a cargo del licenciado Carlos Rafael Goico Morales, Vicepresidente de la República.
8. Himno Nacional Dominicano.

MIEMBROS DE LA MESA PRESIDENCIAL:

1. Lic. Carlos Rafael Goico Morales, Vicepresidente de la República (representando al señor Presidente de la República).
2. Dr. Guarocuya Batista del Villar, Rector Magnífico de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Primada de América.
3. Dr. Ney Arias, Secretario de Estado de Salud Pública.
4. Dr. José García Ramírez, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y Presidente de la X Conferencia.
5. Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina.
6. Dr. José Hazim, Rector Magnífico de la Universidad Central del Este (UCE).
7. Dr. Bernardo Richardo, Decano de la Facultad de Ciencias Jurídicas (representando al Dr. Juan Tomás Mejía Feliú, Rector Magnífico de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña).
8. Dr. Eduardo Latorre, Rector Magnífico del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).
9. Dr. Guarionex López, Director del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.
10. Dr. Silvio Gómez, en representación del Director de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS).
11. Dr. Rafael Kasse-Acta, ex-Presidente de la UDUAL.
12. Dr. Fernando Sánchez Martínez, Presidente de la Asociación Médica Dominicana.
13. Br. Albert Portes, delegado estudiantil por la Escuela de Medicina de la UASD y miembro de la Comisión Organizadora de la X Conferencia.

**PALABRAS DE BIENVENIDA DEL DOCTOR GUAROCUYA BATISTA
DEL VILLAR, RECTOR DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO**

Honorable señor Presidente de la República, doctor Joaquín Balaguer, representado por Su Excelencia licenciado Carlos Goico Morales, Vicepresidente de la República; doctor Efrén C. del Pozo, Profesor Honorario de la Universidad Autónoma de Santo Domingo y Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL); doctor Rafael Kasse Acta, ex-presidente de la UDUAL; doctor Ney Arias Lora, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; doctor Guarionex López, Director del Instituto Dominicano de Seguros Sociales; doctor José García Ramírez, Presidente del Comité Organizador de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL; doctor José Llorens, Viceministro de Educación Superior de la República Socialista de Cuba; señores representantes de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.); señores rectores y representantes de las Universidades dominicanas; señores delegados de países latinoamericanos que nos honran con su presencia; damas y caballeros:

En nombre de la mil veces gloriosa Universidad Autónoma de Santo Domingo y de la comunidad académica nacional, les doy la más calurosa y fraterna bienvenida.

Este cónclave, que hoy va a comenzar tiene, para los dominicanos y en especial para los universitarios, los profesionales e intelectuales de todo el país, los sectores progresistas del Clero, los obreros organizados, la juventud que busca una sociedad más justa, los trabajadores de la cultura, y hasta para ciertos sectores dentro del Gobierno que han sido solidarios con los objetivos de la Universidad Primada, que busca afanosa, entroncar su diseño al gran proyecto de liberación nacional, una significación doblemente positiva.

En primer lugar, revela una coherencia en la voluntad y en la acción, así como en la solidaridad con nuestra Institución, más vieja que la República, por parte del concierto académico continental y de su expresión más concreta y digna: la Unión de Universidades de América Latina, nuestra querida UDUAL.

En segundo lugar, demuestra que cuando se tienen en el puño ideas correctas, utopías progresistas, planes que convergen con las expectativas populares, y muy especialmente el compromiso decoroso de la sobrevivencia y el desarrollo de líneas educativas que lleguen al hondón del pueblo, nada es imposible, aun dentro de un contexto de crisis económica institucional permanente.

¿Por qué no decirlo? El diez de marzo del año que cursa, fundamentándose en pretextos, fuimos ocupados por fuerzas policíaco-militares. Esta intervención la consideramos todavía injusta y fue condenada de inmediato por la UDUAL y sus universidades afiliadas, y en especial por ese gran defensor de la Universidad Latinoamericana, el doctor Efrén C. del Pozo.

La gran noche del ultraje, de la traición de sectores sectarizados y del intento del desprestigio de la Academia por parte de funcionarios que actúan de espaldas a la historia y proyectan su propia incapacidad, duró cuarenta y una lunas. Pero fue también una noche de gran vigilia de parte de los sectores progresistas de la nación dominicana y una oportunidad para que, en medio del debate entre adúlteros y hombres verticales, a base de argumentos, cifras y planteos democráticos fueran derrotados los fariseos de todas las clases, los ambiciosos de todas las raleas y los estamentos más retardatarios entroncados en el poder político, con el señor Presidente de la República fungiendo de árbitro silencioso.

Ganamos la batalla y seguimos la lucha contra la dependencia y el subdesarrollo con nuestros instrumentos particulares: la docencia crítica, la investigación de la realidad nacional y la extensión, redefinida como interacción de la Universidad con la totalidad social, favoreciendo la creación de una conciencia nacional liberadora y solidaria con los oprimidos nuestros y con los oprimidos de todas las latitudes.

No es este un momento de exégesis, pero sí para rendir un balance brevísimo ante todos nuestros aliados.

El proceso de reformas que se profundizó a partir del día de la desocupación ha dado frutos hermosos. La extensión ha sido replanteada con expresiones estructurales que dan cuenta de un avance ideológico y político en función de la sociedad global; la investigación ha dado un salto cualitativo, dentro del marco condicionante de nuestra pobreza de recursos

económicos y de un silencio gubernamental difícilmente explicable ante demandas formales y científicas, apoyadas por el 80% de la población encuestada en un Referendum que abarcó a 300 000 dominicanos adultos, con cédula y alfabetizados, la mayoría procedentes de las grandes concentraciones urbanas.

Nuevos programas de formación de recursos humanos han sido implementados. Y para no desbordar el campo estricto de la salud, mencionaremos la carrera de Enfermería, en sus niveles de Licenciatura y Técnico Universitario, que cuenta con cerca de 400 estudiantes, y el nuevo pensum de Bioanálisis, con cuatro salidas intermedias. Y como la Salud y la Educación interactúan y son conexas, no podemos dejar de mencionar la creación de la Licenciatura en Educación, mención Pre-Primaria, hasta ese entonces coto cerrado para los hijos de sectores pudientes.

El desenlace cronológico de la ocupación lo constituyó la V Feria Nacional del Libro. Cuando nos creían desarmados, la comunidad académica de la UASD dio un ejemplo de prospectiva: pusimos a circular 23 títulos en abril de 1977. Diecisiete libros, once revistas se añadieron posteriormente al listado de fondos editoriales.

Recordemos que la Universidad sólo es revolucionaria allí donde la sociedad es revolucionaria. Esto lo dejó claramente establecido el mártir universitario cubano Julio Antonio Mella y nosotros lo hemos internalizado.

Por eso hablamos de Universidad Crítica rumbo hacia una Patria soberana, libre de la coyunda de las transnacionales de todos los colores y defendemos desde las aulas y desde todas las trincheras de la cultura, el derecho a la autodeterminación de todos los pueblos, y en el caso específico del pueblo dominicano, que tiene, entre otros ejemplos, el latido omnipresente del sacrificio y del heroísmo de Juan Pablo Duarte y de Gregorio Luperón.

¿Cuántos esperaban realmente, dentro y fuera del país, que esta Universidad que bordea las fronteras de la agonía económica, pudiera después de 41 días de ocupación policíaco-militar, cumplir un compromiso internacional como este que hoy se inicia: la celebración de un evento académico de las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina?

En todo proceso social, los verdaderos héroes son anónimos. No sabemos a estas alturas cómo vamos a cumplir con el profesorado y los trabajadores de apoyo en el propio mes de noviembre. Con qué dinero les vamos a pagar. Arrastramos un déficit mensual de RD\$ 250 mil pesos y una deuda global de RD\$ 5 millones de pesos.

Lo importante es la decisión colectiva de la UASD de no dar un sólo paso atrás en la concreción de sus proyectos. Sólo la rehabilitación del

Paraninfo de Ciencias Médicas, que lleva el nombre del ilustre científico dominicano "Doctor Fernando Arturo Defilló", local central de la Conferencia costó RD\$ 35 mil pesos.

Queda, pues, claramente dibujado el sacrificio de profesores, estudiantes y trabajadores de apoyo.

No buscamos aprovechar esta tribuna internacional para enfrentar quijosamente al Gobierno que hoy rige los destinos del país. Uno de los aquí presentes, el Excelentísimo señor Vicepresidente de la República, licenciado Carlos Goico Morales, ha sido un defensor paladino de las conquistas sustantivas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Pero tenemos la obligación histórica de decirles a nuestros invitados la realidad de los hechos, porque la democracia universitaria tiene enemigos poderosos, especialmente en el sistema capitalista mundial. Y se deforman los hechos, bajo el manto de supuestas y reales agencias noticiosas financiadas por el capital internacional.

El choque de las ideas trae la luz y con ella la firmeza de las concepciones liberadoras. Algunos hablan de la "infortunada UASD", sin percibir que el infortunio es estructural y nacional, y que a nivel individual, es patrimonio de los pregoneros del derrumbe de una Universidad que acaba de celebrar el 439º aniversario de su erección por la Bula "In Apostolatus Culmine", del papa Paulo III.

La prédica y la voluntad de los dominicos permean las paredes de este recinto. Amigos los tenemos y numerosos: aquí están, diciendo ¡presentes! Un torrente poderoso, con su cabecera en México, sede de la UDUAL, nos cubre como un himno redentor.

Nos pidieron que mantuviéramos el trabajo académico-científico. Y aquí comparecemos, dentro de un proceso de reencuentro con los sectores desposeídos de este pueblo cuyo destino histórico está clarísimo: soberanía, desarrollo autónomo, liberación, formación integral y acceso de todos los habitantes de nuestro territorio a los bienes culturales y materiales que genera la nación.

Compañeros de la gran Patria Latinoamericana. Señoras. Señores. Henos aquí, contemplando de pie el horizonte mundial y el crepúsculo quisqueyano. ¡Bienvenidos! Recibid cuatro siglos de tradición y sacrificios y una enhiesta espiga de promesas fecundas.

Coloco en estos momentos una guirnalda solidaria sobre vuestros cuellos. De cada flor alegre, un pétalo colectivo nació y fue cultivado en la Universidad Autónoma de Santo Domingo. El otro, como siempre, mana de vuestros corazones.

Muchas gracias.

PALABRAS DEL DOCTOR EFRÉN C. DEL POZO, SECRETARIO GENERAL DE LA UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

Una vez más llegamos a esta ilustre Universidad, primada de América, a renovar nuestros votos por llegar a construir una sola América Latina, integrada en su cultura y libre en sus destinos.

Esta vez corresponde a la Facultad de Ciencias Médicas, el honor de conjuntarnos. Nos complace agradecer al doctor José García Ramírez, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y a su brillante grupo de colaboradores por la iniciativa y su feliz realización. También queremos dejar testimonio de nuestro reconocimiento al digno rector de la Universidad de Santo Domingo, doctor Guarocuya Batista del Villar.

Es justamente en el campo de la salud donde es más imperiosa la atención y más evidentes nuestras carencias. Es necesario reconocer que la salud física, implica no sólo salud mental, sino bienestar social. Las primeras dos condiciones han sido sentidas desde los griegos, hace miles de años, pero ahora se impone también el bienestar social como un requisito *sine qua non* para poder hablar de salud.

Es una vergüenza que nuestra llamada civilización, no haya logrado hasta ahora, el justo equilibrio entre la democracia y la justicia. Se aducen ejemplos de los países socialistas o los países escandinavos como posibles soluciones a la brutal desigualdad económica que padecemos en nuestra región, pero se objeta la carencia de libertades y muchas veces libertinajes que privan entre nosotros. Particularmente en nuestras Universidades los derechos y privilegios que exigen profesores y estudiantes, no parecen compatibles con regímenes socialistas a menos que se haya logrado antes una conciencia de responsabilidades que por ahora, debemos confesar, no prevalecen en nuestras Casas de Estudios. El balance de derechos y deberes es de ajuste delicado dentro de la organización actual.

El tema general de la Conferencia que hoy iniciamos es: "La práctica médica y la formación del personal de salud", en el cual se analizan las formas del ejercicio actual, la interrelación entre comunidad y Universidad y la integración docente-asistencial. Al mismo tiempo se celebrará una Mesa Redonda sobre el candente problema, de gran actualidad, sobre la práctica médica y el uso y abuso de los medicamentos. En esta última Mesa Redonda participan sociólogos, economistas, farmacólogos y médicos como lo exigen las diversas facetas de la grave situación a que se enfrenta el médico y la sociedad.

En ocasión de nuestra Conferencia anterior en la hermana República de Cuba, bajo auspicios de la Universidad de La Habana, hablamos de la serie de nuestras Conferencias anteriores, de los temas tratados en cada una de ellas y del intento de ampliar a todos los países de la América, incluyendo Canadá y Estados Unidos nuestras conferencias por ahora limitadas al ámbito latinoamericano. No hemos aceptado tales proyectos por la peculiaridad de nuestros problemas y características sociales. Debemos tratar de resolverlos con nuevas concepciones de técnicas de docencia y enfoques combinados de enseñanza, investigación y trabajo. La preparación de nuestros médicos deberá regirse por criterios adecuados a la realidad económica y social de América Latina, preservando el espíritu inquisitivo del estudiante, al mismo tiempo que el desarrollo de la conciencia de responsabilidad y la participación comunitaria en cualquier aspecto que demande los recursos sanitarios.

Los nuevos tiempos llaman a renovar fórmulas gastadas que parecían inmutables, ya no caben estructuras basadas sólo en el principio de autoridad; ahora vivimos en una continua revisión de los métodos de enseñanza, se admite el valor legítimo de la experiencia en toda la amplitud del trabajo ejecutado en diversos campos de la actividad humana. Es ésta la base de la educación integrada que asocia la técnica del trabajo profesional o fabril a la docencia académica que preconizan por ahora las Universidades Alemanas.

En realidad hace ya largo tiempo que lo saben las Escuelas de Medicina, pues no se concibe verdadera docencia sin la práctica que dan los laboratorios de ciencias básicas y la clínica. Las tendencias actuales sólo enfatizan el contacto a todo lo largo de la preparación del médico, con el servicio a la comunidad, bajo formas progresivas de participación docente asistencial. Se busca que quienes atienden a nuestras Escuelas de Medicina sean en verdad motivados por aspiraciones genuinas de servicio en la esfera de la promoción y búsqueda de la salud. La manera más eficaz de alcanzar

estas aspiraciones es el contacto inmediato y directo con el trabajo efectivo en el campo de la labor sanitaria de lo que es un ejemplo indudable lo que se está logrando en la hermana República de Cuba.

Es esta la razón por la cual en esta Conferencia que hoy iniciamos, décima de la serie, viene a constituir una prolongación de las anteriores y cuyos temas como lo ha querido la Comisión Organizadora de este importante evento, han sido cada vez más concretos y específicos, de acuerdo con las modalidades y las tendencias más avanzadas de la docencia médica actual.

Cada vez son más amplios los programas de nuestra Unión de Universidades de América Latina y más ambiciosos sus propósitos. En los últimos 5 años hemos organizado 18 Conferencias, Asambleas y Reuniones del Consejo Ejecutivo, eventos todos de carácter latinoamericano en diversas ramas del conocimiento, en un propósito sostenido de buscar la unidad cultural y la identidad de nuestra región. No desconocemos los obstáculos que a cada paso se atraviesan en nuestro camino, ni las limitaciones actuales al libre ejercicio de la autonomía universitaria, pero es necesario persistir en la lucha por mantener los ideales de nuestra organización. No sería justo imponer castigos a instituciones que siguen luchando por sus libertades. Hemos celebrado recientemente Conferencias sobre Derecho en Colombia, sobre Medicina en Cuba, sobre Legislación Universitaria en Ecuador, sobre Planeamiento Universitario y una Asamblea General en México.

Una mención especial merece la II Conferencia de Asociaciones Nacionales y Sub-regionales de Universidades de América Latina que tuvo lugar bajo los auspicios de la Universidad de Belgrano en Argentina, en la que estuvieron presentes los Consejos y Asociaciones Nacionales Universitarias de diversos países de la región. La primera reunión de este género tuvo lugar en Costa Rica, hace ya cinco años. Sentimos que cumplimos con un deber convocando a este tipo de reuniones, pues es nuestra organización la única que abarca a todos los países del área en sus Universidades que representan o deben representar la más alta expresión del pensamiento latinoamericano.

No podemos expresar en estas líneas todo el ideario que representa las más caras ambiciones de nuestra organización como lo expresa nuestra Carta de las Universidades de la América Latina. Estos ideales muchas veces quedamos lejos de alcanzarlos en nuestras Casas Superiores de Cultura, pero no por esto, debemos renunciar al empeño de lograrlo, ni creo que nadie podría objetar sus altos propósitos, aún cuando por ahora estemos sufriendo

la incomprensión de regímenes que a veces nos acusan de extremismos ya sea de izquierda, o bien de derecha.

La incongruencia de ambos cargos, nos ampara de sospechas, pero siempre nos encontrarán defendiendo el derecho y la justicia frente a la prevaricación y la maldad, el principio esencial de la autonomía y la libertad, contra la tiranía y la dominación.

La bondad de nuestra causa es evidente en verdad, la respaldan organizaciones similares en otras partes del mundo: Europa, Sureste de Asia, África, países Árabes, Comunidad Británica y la Asociación Internacional de Universidades. Esta última Asociación que incluye a instituciones de todas las ideologías y de prácticamente todos los países, incluyendo los de carácter socialista. En su IV Reunión, celebrada en Tokio en 1965, mantuvo el requisito de autonomía para todas las Instituciones de Educación Superior, o de nivel terciario. No desesperemos de que al fin triunfe la necesidad de su existencia.

Por ahora mantengamos vigentes los principios y sigamos buscando, en medio de las conmociones sociales que nos agobian, la unidad de la América nuestra en su comunión de anhelos, origen, cultura y orientaciones.

PALABRAS DE SALUTACIÓN PRONUNCIADAS POR EL DOCTOR NEY ARIAS, SECRETARIO DE ESTADO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

En nombre de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, y en particular en nombre del pueblo dominicano, que será anfitrión de ustedes durante estos días, me complace darles la bienvenida y a la vez desearles que la labor que hoy comienzan sea fructífera y que el esfuerzo de delegados y observadores que concurren a este cónclave, contribuya a hacer de este evento un foro de comprensión, estudio y discusión de los problemas de salud de nuestros pueblos.

El intercambio de experiencias y criterios en torno a uno de los derechos fundamentales del individuo, como lo es el derecho a la salud, constituye un evento edificante que demuestra el alto grado de conciencia profesional de los participantes y contribuye al mejoramiento de la calidad de la vida de nuestros conciudadanos, y si se trata, como es el hecho de esta Conferencia, de llevar a cabo la necesaria y difícil tarea de cuestionar nuestras realidades de salud y buscar respuestas adecuadas, la dimensión histórica maximiza las expectativas.

En lo que a nosotros respecta, reconocemos que afrontamos todos los problemas de los países en vías de desarrollo que se han incorporado tardíamente, si se quiere, a las proyecciones mundiales realizadas por organismos y gobierno en el área de la salud.

Hemos dicho en ocasiones anteriores que existe una situación de debilidad institucional en términos de organización de los servicios de salud, pudiéndose reducir la no existencia organizada de un sistema de servicios, lo que implica que la demanda de éstos sea satisfecha sólo parcialmente por las diferentes categorías de instituciones que operan en el área.

La situación se agrava si tomamos en cuenta que nuestra población es básicamente rural, de donde se deriva que la demanda sea mayor en un

sector que, sin embargo, está prejuiciado respecto de los servicios profesionales de salud.

La labor que tenemos por delante es realmente titánica, lograr la simbiosis de sus varios aspectos sólo puede ser resultado del seguimiento de profundos estudios de la realidad, hijos del esfuerzo investigativo y la voluntad solucionadora de las autoridades de salud y la Universidad, cantera de la que debe nutrirse, y de hecho se nutre, todo plan tendiente a la realización de notables mejorías en el área que nos ocupa.

Sin embargo, no todo es sombrío, en los últimos diez años el campo de la salud pública en nuestro país ha experimentado un avance tanto en el campo de la docencia como de la extensión de cobertura.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social en base a los resultados de investigaciones realizadas, ha llegado a trazar programas que sin el uso de personal técnicamente sofisticado, ha experimentado cambios favorables en la morbimortalidad, sobre todo en el área rural que ha sido siempre la población de más alto riesgo, ha incorporado a la comunidad a los mismos con la conciencia absoluta de que sin la integración de ésta a los planes de salud nada será realizable.

La política nacional de salud iniciada en 1973 y que cubre hasta 1980; contempla las áreas básicas en que debe incidirse de manera prioritaria.

Las mismas son:

— Dotar de servicios permanentes de atención médica y hospitalaria a la totalidad de las localidades mayores de dos mil personas.

— Ofrecer los servicios elementales que reduzcan la morbi-mortalidad, principalmente entre los grupos menores de cinco años.

— Construcción de clínicas rurales suficientes para satisfacer las demandas de servicios.

— Lograr la autosuficiencia de la organización regional, a través de la creación de un sistema de servicios con instituciones jerarquizadas en relación a su responsabilidad operativa y recursos generales.

Estas acciones trazadas en la política de salud, vienen siendo ejecutadas de manera sistemática y con un énfasis marcado en los aspectos preventivos.

Podrá considerarse que esto no resuelve el problema de salud de República Dominicana; quienes así opinan tienen sobrada razón, por ello hemos insistido en la profundización de las investigaciones que ofrezcan sugerencias viables y creen una visión cada vez más amplia y completa de la problemática y sus vías de superación.

Es aquí donde, desde una óptica muy personal pero que creo avalada por la experiencia universal, entra en juego la comunidad universitaria.

Las funciones de las Universidades e institucionalidad de las mismas, se basan en la adquisición de conocimientos a través de la investigación, la transmisión de ese conocimiento que es la docencia, y la aplicación de ese conocimiento a través del servicio público.

Es por esto que es necesario mantener la coherencia e interacción entre esas áreas, so pena de lesionar la integridad de la Universidad. Si aplicamos estos principios tenemos que considerar la actividad de la Universidad como agente de cambio y el cumplimiento de sus funciones como factor importante del desarrollo de nuestros países.

En el campo de la enseñanza de las ciencias de la salud, los objetivos antes señalados se amplían, ya que los mismos deben ser planteados y extenderse "en función de las necesidades de la comunidad", preocupación básica que debe estar presente en toda alma mater, necesitamos que exista una relación estrecha entre los servicios de salud destinados a las comunidades y la Universidad.

La Facultad de Ciencias de la Salud debe considerar las expectativas de la comunidad en relación a los servicios de salud, y abocarse al encuentro de medidas que sirvan al Estado para mejorar la atención médica a los pacientes, pues son las Universidades las instituciones más llamadas a estudiar las maneras de servicio y los medios para que éstos sean asequibles.

¿Qué resultados concretos en sentido de soluciones a nuestros graves problemas sanitarios podremos ofrecer mañana como culminación de esta jornada?

No podemos anticipar respuestas y mucho menos resultados concretos, pero sí estamos seguros, y así la experiencia nos lo enseña, que cuando se liga la acción a la esperanza no hay obstáculos que no puedan ser superados, ni utopías que no puedan ser cristalizadas.

La presencia de ustedes aquí así lo prueba.

Gracias a todos ustedes amigos latinoamericanos por su presencia en esta tierra y por la muestra de solidaridad humana que con este evento están ofreciendo.

**PALABRAS DEL DOCTOR JOSÉ GARCÍA RAMÍREZ, DECANO DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UASD Y
PRESIDENTE DE LA X CONFERENCIA**

Su Excelencia licenciado Carlos Rafael Goico Morales, Vice-Presidente de la República, Representante Oficial del Honorable señor Presidente de la República doctor Joaquín Balaguer; doctor Guarocuya Batista del Villar, Rector Magnífico de la Universidad Autónoma de Santo Domingo; doctor Efrén C. del Pozo, Secretario General de la Unión de Universidades de América Latina; doctor Ney Arias Lora, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; doctor Rafael Kasse Acta, ex-presidente de la UDUAL; doctor Jorge Fernández Pavón, Rector del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico; doctor Silvio Gómez, representante de la OPS/OMS en República Dominicana; doctor José Hazim, rector de la Universidad Central del Este; doctor Eduardo Latorre, rector del Instituto Tecnológico; doctor Guarionex López, Director del Instituto Dominicano de Seguros Sociales; doctor Fernando Sánchez Martínez, Presidente de la Asociación Médica Dominicana; bachiller Alberto Portes, representante estudiantil; señores invitados especiales; señores delegados de los países hermanos de América; damas y caballeros:

Los hombres, las instituciones y los pueblos tienen sus momentos de esplendor, sus momentos de tragedia. Esos hombres, esas instituciones y esos pueblos maduros saben conjugar sabiamente ambas situaciones y cumplir cabalmente con el papel que cada día demanda su existencia. Este acto inaugural de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la Unión de Universidades de América Latina es una prueba de madurez de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, una demostración de que a pesar de sus tragedias ha sabido conjugar sus fuerzas y hacer resplandecer como estrellas de primera magnitud el honor y la honra de ser la Universidad Primada de América.

La misión que nos confiaron los delegados de la Novena Conferencia, reunidos en La Habana, Cuba, es hoy una realidad tangible, hecha posible gracias al sacrificio de los universitarios todos y de los amigos de la Universidad. Nuestra Alma Mater, la más vieja y pobre del Continente Americano recibe con un alto espíritu de hermandad y solidaridad latinoamericana a todos los delegados de las Universidades que nos honran con su presencia y lamenta hondamente que universitarios de siempre no se encuentren con nosotros porque padecen las acciones de regímenes, enemigos de siempre de las ciencias y de las Academias, los cuales ven en estos cónclaves un atentado permanente a sus intereses, que son la causa esencial de la opresión de nuestros pueblos. De corazón y de espíritu, en la mística universitaria esos compañeros de las Ciencias Médicas están con nosotros; vayan para ustedes y para ellos nuestros saludos y nuestro respaldo a la alta misión que vuestras instituciones les han confiado.

Desde febrero de 1976, cuando obtuvimos la sede, hasta este momento, la tarea ha sido ardua, llena de escollos, llena de dificultades, pero escollos y dificultades que han significado para nosotros un aliciente que nos ha estimulado a luchar diariamente en pro de la realización del evento. La práctica médica en América Latina es la negación del derecho del hombre a la salud; miles y miles de páginas, cientos de libros, cientos de artículos, innumerables encuestas y sobre todo de manera objetiva nuestros pueblos más enfermos que sanos, así lo demuestran, lo plantean los organismos internacionales de salud, así lo vemos cada día en nuestras Universidades.

¿Es que acaso en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, fue borrado el artículo de que la salud es un derecho tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud? ¿O es que acaso el derecho humano se circunscribe en algunos casos al derecho a disenterse de un gobernante o de un conjunto de gobernantes?

Nosotros, creemos que el derecho a la vida es la vanguardia de los derechos; creemos que el derecho a la salud biopsico-social, es una condición inherente e inalienable del ser humano. Preocupa a nuestras Universidades, que ese derecho, a la salud sea cada vez más precario; preocupa a las Universidades que de verdad nos sentimos comprometidos con los cambios sociales que nuestros países demandan, que fórmulas o recetas importadas se impongan a nuestros pueblos para resolver sus problemas de salud. Es obligación de las Universidades cuestionar las realidades nacionales en las que se hallan ubicadas, pero no sólo cuestionarla para "enriquecer" sus bibliotecas o abultar sus políticas de publicaciones, sino que estos cuestionamientos deben ser herramientas de uso popular, permitiendo con ello

que las grandes masas latinoamericanas huérfanas de salud, comprendan la dimensión del drama y junto a los profesionales de las ciencias médicas, unidos todos, seamos capaces de dar respuesta a estas expectativas.

Esta interacción comunidad-universidad debe ser una meta de cambios progresivos, críticos, sin pretender que la Universidad va a transformar en su totalidad esa realidad, pero debe contribuir a ello de manera permanente.

La probabilidad de integrar cada día más la enseñanza médica y la asistencia hospitalaria, es una meta a la que aspira esta Conferencia. Pero aspiramos más de ahí, aspiramos a romper los muros del hospital y llevar el hospital al pueblo, para cuidar al hombre sano para que no enferme; para anticiparnos a las enfermedades; para enseñar a nuestros hombres y mujeres cómo conservar la salud, que el hospital sólo sea el hogar transitorio de aquellas enfermedades que todavía las ciencias médicas aún luchan por conocer sus etiologías.

América Latina, sus hombres y mujeres, siguen siendo aún sujetos de experimentación de nuevos y viejos medicamentos. Qué triste realidad fruto de la dependencia que acogota a nuestra América Hispana. Nuestra estirpe latinoamericana tiene los niveles de categoría humana. Latinoamérica no puede seguir siendo el laboratorio de las grandes potencias, en ningún sentido; nuestra cuota de contribución a las investigaciones científicas especialmente en el campo de los medicamentos debe producirse, pero no al costo humano que hasta hoy hemos pagado, ni con los métodos y objetivos utilizados baldón para la dignidad de la humanidad toda. Esta décima Conferencia contribuirá a trazar nuevas rutas en nuestro Continente que servirán para que los pueblos de África y Asia encuentren en nuestras conclusiones, puntos de referencias que ayuden a solucionar sus problemas, similares a los que nosotros enfrentamos.

Medicamentos más baratos, accesibles con adecuado control de calidad, efectivos, son demandas permanentes de nuestros pueblos; medicamentos para nuestros pueblos sin explotar la condición humana, integrados a un proceso colectivo de salud tras la meta de dignificar la vida de nuestros hombres y mujeres, debe ser una consigna que se levante en cada pedazo de tierra latinoamericana.

Universitarios de Latinoamérica; universitarios de la salud; hay, que trabajar cada minuto, cada día, cada semana, cada mes, cada año, toda la vida, para que el derecho a la salud de nuestros hombres y mujeres sea una realidad.

No puede hablarse de derechos humanos en pueblos hambrientos y en

pueblos enfermos que deben mendigar una atención médica. No puede hablarse de derechos humanos, cuando el nivel de la atención médica deviene de un nivel económico determinado.

La dignificación del hombre debe ser la meta de todo hombre; universitarios, gobernantes, gobernados, hombres y mujeres del campo y la ciudad; delegados, comencemos a dignificar al hombre latinoamericano luchando por su salud integral dentro del proceso global de la indefectible liberación de los pueblos latinoamericanos.

Delegados, enfoquemos los debates de esta magna concentración teniendo como norte permanente, la consecución de un hombre sano para una América Latina, hermana, libre y soberana.

DR. JOSÉ GARCÍA RAMÍREZ,

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Santo Domingo y Presidente del Comité Organizador de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina

Santo Domingo, R. D., 20 de noviembre de 1977

**DECLARATORIA INAUGURAL POR EL LICENCIADO
RAFAEL GOICO MORALES, VICEPRESIDENTE
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**

Para finalizar el solemne acto, el señor licenciado Rafael Goico Morales, Vicepresidente de la República Dominicana, improvisó una cálida pieza oratoria.

Dio la bienvenida a los delegados, observadores e invitados especiales, habló del clima de libertad de expresión que garantizaría los debates y expresó su convicción de que las universidades y demás centros educativos superiores son las entidades llamadas a definir el futuro de los pueblos.

Terminó su alocución haciendo la formal declaratoria de inauguración de la X Conferencia a nombre del señor Presidente de la República Dominicana, doctor Joaquín Balaguer.

PRIMERA SESIÓN PLENARIA

Lunes 21 de noviembre de 1977

8:30 hs.

- Dr. José María... Presidente
- Dr. ...
- Dr. ...
- Dr. ...

El primer punto del orden del día es el informe del Sr. ...

El segundo punto del orden del día es el informe del Sr. ...

El tercer punto del orden del día es el informe del Sr. ...

El cuarto punto del orden del día es el informe del Sr. ...

El quinto punto del orden del día es el informe del Sr. ...

**ACTA DE LA PRIMERA SESIÓN PLENARIA, REALIZADA
EL DÍA 21 DE NOVIEMBRE**

El presidente de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina dio comienzo a la reunión, la cual de acuerdo al calendario aprobado en la Sesión Preliminar, debía iniciarse a las 8:30 A. M.

Estuvo integrado el Presidium de la siguiente manera:

Dr. José García Ramírez, Presidente.

Dr. Antonio Zaglul, Relator General.

Dr. Heber Villalobos, Secretario General.

Dr. Efrén C. del Pozo, Secretario General de la UDUAL.

El presidente, doctor José García Ramírez, invitó de seguidas al doctor Hesio Cordeiro para que presentara la Ponencia relativa al Tema I: Análisis de la Práctica Médica Actual en América Latina, Alternativas y Tendencias. Líneas de Investigación.

Al término de la lectura de la Ponencia, se dio un receso de 10 minutos.

Reiniciada la sesión, el doctor Rodrigo Yépez, de Ecuador, dio lectura al Comentario sobre el Tema I.

Posteriormente el doctor Heber Villalobos, de Venezuela, comentarista oficial y Secretario General de la Conferencia, dio lectura al segundo y último Comentario oficial sobre el Tema I.

El presidente tomó la palabra para abrir el período de discusión en lo general, estimulando la intervención de los asambleístas.

El primero en hacer uso de la palabra fue el doctor Hesio Cordeiro, autor de la Ponencia, para referirse a los Comentarios de su trabajo, señalando que sus autores no abrieron las posibilidades para discutir y plantear soluciones a la problemática en la atención médica en América Latina. Ter-

minó haciendo énfasis en algunos de los aspectos considerados en su Ponencia.

El doctor Vasco, representante de Colombia, tomó la palabra para señalar que tanto en la Ponencia como en los Comentarios se apreciaba un vacío y es que no se había propuesto la Planificación en materia de atención médica. Que es un hecho frecuente en nuestros países el aprobarse una cosa, y los médicos realizar otra. En Colombia es evidente el incremento de camas privadas dedicadas a la atención médica.

El doctor Gutiérrez, de la República Dominicana, tomó la palabra para referirse a las notas iniciales del Comentario del doctor Villalobos, donde señala que los programas de atención médica y el médico mismo, muy poco han influido en las condiciones de salud de las comunidades; propuso se establezca en la UASD un sistema de recuperación de fondos a los fines de hacer una inversión tendiente a mejorar la situación de salud en áreas desposeídas de Santo Domingo.

El doctor Ramón Troncoso, de Chile, tomó la palabra para señalar que la hegemonía de los grupos de poder es predominante en muchos países de América Latina. El doctor Troncoso preguntó al Ponente y Comentarista, si la atención médica es una fuente generadora de bienes, al lograr la recuperación de la salud.

El doctor Hesio Cordeiro respondió que en las sociedades de modelo capitalista, se es así, comentando la tendencia que se ha venido notando en los últimos años en algunos países: de desarrollar verdaderos sistemas o corporaciones empresariales de atención médica.

Los doctores Yépez y Villalobos, señalaron que la respuesta dependía del nivel que ocupa el hombre en una sociedad dada y/o del sistema socio-político imperante en un país.

No pidiendo nadie más el derecho de palabra, el presidente dio por terminado el período de discusión, y pidió a los decanos y representantes presidentes de delegaciones permanecer en el auditorio para establecer la forma en que los Vicepresidentes habrían de encabezar algunas sesiones plenarias.

Conocido el motivo de la reunión el doctor Darío Montiel Villamil de Venezuela, propuso que la representación se hiciera por países, siendo acogida favorablemente por el resto de los representantes.

La representación quedó establecida de la siguiente forma:

ECUADOR: Doctor Rodrigo Yépez.

GUATEMALA: Doctor Enrique Soto Urbina.

HONDURAS: Doctor Dagoberto Espinoza.
MÉXICO: Doctor Abel Hernández.
NICARAGUA: Doctor Joaquín Solís Piura.
PANAMÁ: Doctor Rodolfo Young.
DOMINICANA: Doctor Magín Domingo Puello.
VENEZUELA: Doctor Carlos Moro G.

TEMA I

ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL EN AMÉRICA LATINA, ALTERNATIVAS Y TENDENCIAS, LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Ponencia oficial
por Hesio CORDEIRO *

*As vezes é necessário mudar alguma
coisa para que nada se modifique.*

BERTOLD BRECHT

I. REFORMAS MÉDICAS NA AMÉRICA LATINA

*Vão vagos pela estrada,
Cantando sem razão
A última esperança dada
A última ilusão.
Não significam nada
Mimos e bobos são.*

FERNANDO PESSOA

Algo tem mudado. A década dos 70 tem sido marcada, no setor saúde, pelos movimentos de extensão de cobertura de Atenção Médica¹ e de racionalização administrativa e financeira do setor.

* Director del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Guanabara. Río de Janeiro, Brasil.

A extensão de cobertura tem sido dirigida aos grupos sociais “marginalizados” peri-urbanos e rurais, representando um movimento semelhante aos programas de Medicina Comunitária, ensaiados na maioria dos países latino-americanos nas décadas anteriores. Entretanto, aumentar a cobertura é um projeto contraditório ao que tem orientado a prática médica — o do modelo médico-hospitalar, altamente especializado, empregando tecnologia sofisticada e sendo, portanto, de custos elevados.

Como resposta, têm reaparecido as tentativas de planejamento de saúde, investidas de um novo caráter — o da racionalização administrativa — (coordenar serviços de saúde) — e financeira (alocar recursos a partir de critérios técnicos).

Estes dois movimentos têm em comum o projeto de “simplificação” da Medicina. Tem sido reconhecida a impossibilidade de atender a totalidade da população a partir do modelo médico-hospitalar. Trata-se de simplificar utilizando pessoal auxiliar em tarefas delegadas de atenção a saúde, empregar tecnologia menos sofisticada para procedimentos diagnósticos e terapêuticas e, de novo, reconhece-se que a Medicina especializada é iatrogênica.

Movimentos, portanto, investidos de um caráter técnico, de uma prática e um saber que vão se modificando sob as novas condições políticas e sociais em que se situa a Medicina.

O propósito central deste trabalho é analisar a natureza destas proposições consideradas não dentro de uma aparente neutralidade em que se aproia a prática médica, mas sim como movimentos políticos o ideológicos que marcam novas relações entre Medicina e Sociedade.

A razão desta opção foi fornecer elementos analíticos que conduzissem a tomadas de posição, em termos de política de saúde, sustentadas no reconhecimento da natureza que destas proposições tem assumido em conjunturas particulares.

Para tal, procurou-se fazer uma análise dos “discursos institucionais” que têm marcado, na América Latina, os projetos da reforma médica. Pretendeu-se, com isto, dissecar os conteúdos e significados ideológicos e políticos destes movimentos, buscando descobrir o conjunto de elementos contraditórios que os compõem. Em outros termos, tratou-se de indicar algumas hipóteses sobre o sentido das relações entre Estado, dinâmica das lutas sociais e instituições médicas.

Os documentos analisados foram os produzidos nas Reuniões de Ministros de Saúde das Américas, realizados em 1968 e em 1972 e documentos apresentados em duas reuniões de âmbito panamericano levadas a cabo em 1976.

Reconhece-se as limitações desta opção, de um lado por restringir-se a análise do discurso — não se faz referência aos afeitos práticos e concretos resultantes da execução dos diversos programas. De outro, por ser naturalmente superficial uma análise realizada a nível continental. Para compensar esta deficiência, propõe-se, como exemplos, “estudos de casos” considerados a partir de investigações produzidas em diversos países dentro de orientações teóricas similares.

Finalmente, pretendeu-se indicar orientações fundamentais que deveriam constituir-se em preocupações teórica e prática, na América Latina, para aqueles que, trabalhando no campo da saúde, têm como compromisso básico participar do projeto libertário e democratizante que garanta melhores condições de vida (e de saúde) nos diversos países latino-americanos.

A) *População e extensão de cobertura*

A III Reunião Especial de Ministros de Saúde em 1972 foi a expressão política de maior relevância nas Américas do atual movimento de reforma médica. Enfatizou-se a necessidade de intervenção do Estado para garantir a saúde como direito inalienável de todos os indivíduos (*Doc. 9, p. 4*).

A extensão de cobertura aos grupos populacionais “não integrados”, rurais dispersos e urbanos marginais foi e preocupação central. Os Ministros de Saúde das Américas reconheceram que

(...) nuestro problema consiste en proveer de servicios a 37% de los habitantes que en la actualidad no reciben atención (...) Con no poca frecuencia se encuentra en nuestros programas la herencia de un sistema arcaico que fue de utilidad en el pasado pero que hoy en día se caracteriza por su limitada accesibilidad, su costo prohibitivo y la indudable insatisfacción tanto del receptor como del dador (*Doc. 9, p. 17*).

A exclusão de certos setores populacionais dos benefícios da Medicina era um obstáculo a ser vencido para que se pudesse integrar os desviados, os vagabundos, os deserdados.

Nos preocupa sobremanera la alta tasa de desempleo y subempleo en las Américas, por la verdadera crisis moral que significa para cada persona en condiciones de ofrecer su trabajo (...) y no encontrar oportunidades para hacerlo (*Doc. 9, 24*).

Depreende-se também, do discurso ideológico do Plano Decenal das Américas o reconhecimento da articulação entre Medicina e a esfera da produção.

Os projetos de extensão de cobertura devem fazer parte dos esforços de desenvolvimento regional, dos “polos de desenvolvimento” e a áreas em que se realizam programas de estímulo à produção de alimentos (*Doc. 1*, p. 2).

Os novos programas de saúde não só fazem parte de um projeto de incorporação de novos contingentes populacionais à força de trabalho da produção de bens materiais. Eles próprios devem criar novas oportunidades de emprego. Os desocupados do campo e da cidade podem colaborar como mão de obra no setor saúde (*Doc. 9*, p. 4).

Ao mesmo tempo, esta relação é obscurecida pelo discurso institucional que legitima o “direito à saúde” como algo inerente às necessidades humanas. Na igualdade reconhecida pelos documentos oficiais mascaram-se as desigualdades reais; na formulação de que ao Estado compete propiciar nas “condições e equilíbrio” (*Doc. 10*, p. 1), despe-se o direito à saúde de qualquer historicidade, do significado que adquire nas lutas e conquistas sociais. Saúde é apenas um dos requisitos funcionais da sociedade para seu funcionamento harmônico, isento de contradições.²

Entretanto, o direito à saúde, postulado nos programas de extensão de cobertura, encerra um elemento ideológico de maior relevância. Além de “igualar as desigualdades”, transformam-se em projetos nacionais que garantam uma unidade político-social acima da qual paira um Estado representante de todos os cidadãos (*Doc. 2*, p. 25).

Inclusão na produção econômica e igualdade aparente contram um terceiro elemento articulador de novas propostas — o da participação comunitária.

Todo o esforço integrador não deve deixar de lado as oportunidades de participação comunitária, definida de forma suficientemente vaga, como “substrato educativo”, “elemento mobilizador de consciências”, “modificação de atitudes e comportamentos”, “responsabilidade compartilhada”, mas sobretudo

La organización de la comunidad será el elemento decisivo para aprovechar el inagotable potencial de la población, canalizando sus inquietudes hacia actividades de verdadero servicio social (...). (...) lo fundamental es oír lo que desean y hacerlos participar en las decisiones y en la ejecución de obras, incluido el financiamiento (*Doc. 9*, pp. 12, 13).

O controle político e social da Medicina faz-se mais uma vez identificando a comunidade como uma totalidade homogênea, sem interesses, sem classes divergentes, sem antagonismos ou lutas; corpo social domesticado, dócil, colaborando eficientemente com os funcionários de saúde. Eis o novo projeto de instauração de hegemonia das coalizões dominantes.

Participação comunitária é o termo que dá lugar a propostas ideológicas variadas e por vezes conflitantes. Se ao nível do discurso institucional que surge dentro de projetos de hegemonia de classe adquire o sentido preciso de “dissolver” as contradições entre as classes fundamentais e grupos sociais, indica tentativas de elaboração crítica no interior dos aparelhos de Estado, ao mesmo tempo.

Daí a multiplicidade de sentidos e significados, como o de criar possibilidades de desenvolvimento de práticas de auto-cuidado (*Doc. 6*, p. 4), de treinamento de pessoal auxiliar (*Doc. 11*, p. 5), da modernização administrativa por permitir a representação dos “consumidores” nos centros decisórios:

El eje del sistema de decisiones es el Consejo General de Salud. Este organismo está integrado por jefes de agencias gubernamentales, alcaldes, representativos de profesionales proveedores de servicios de salud y representativos de consumidores de servicios de salud (*Doc. 12*, p. 13).

Ao mesmo tempo, o movimento de participação popular encontra brechas e amplia espaços políticos naquelas conjunturas em que se fortalece a sociedade civil.

Assim a extensão de serviços poderá ser um legítimo propósito de satisfação de necessidades para toda a população quando o sistema político representa autenticamente vontade e aspiração popular.

Nestas situações propõem-se que haja uma ampla participação de todos os setores da população (*Doc. 3*, p. 12) e que se dê em todos os níveis, a começar do local, após ampla tarefa de mobilização das organizações populares, de tal forma que permita

Promover la constitución, en cada sector y en cada barrio, de Comités de Salud formados por representantes de las diversas organizaciones que coordinen y refuercen las tareas comunes (...) (*Doc. 3*, p. 13)

Extensão de cobertura com maior ou menor grau de participação comunitária difunde-se, portanto, na América Latina. Suas possibilidades de realização estão limitadas, porém, pelos impasses da organização de Atenção à Saúde e pelas conjunturas políticas em que tem origem.

O projeto de extensão de cobertura encontra complementaridade em outro movimento ideológico e político — o da racionalização da Atenção Médica, colocado como pressuposto técnico à realização do primeiro.

B) A ideologia da racionalização

O campo das propostas de extensão de cobertura é demarcado, portanto, pela necessidade de se instaurar uma nova racionalidade na organização e funcionamento da Atenção Médica. Nesta linha, administradores e planejadores devem modernizar e infra-estrutura administrativa de tal forma que se logre maior eficiência do setor. O diagnóstico é o da inadequação, atraso, incompetência gerencial e financeira. O aparelho burocrático estatal deve ser agilizado, a tônica é o da descentralização.

Na utopia da perfeita racionalidade se devem excluir os conflitos, os choques de interesses. A estabilidade social e política, que garantida a qualquer preço cria condições para que a tecnoburocracia manipule as variáveis econômicas, sociais e políticas com a precisão necessária e probabilidades conhecidas de êxito, ainda que para isso se reduzam os graus de liberdade da matriz dos direitos de cidadania.

É necessário trazer para o interior do setor a lógica do funcionamento do sistema econômico, critérios objetivos de decisão, análises de custobenefício, controle da produtividade e uma política racional de inversões.

Reconheceu a III Reunião de Ministros de Saúde:

El progreso de la década pasada ha puesto de relieve la necesidad de ampliar e intensificar la coordinación de todas las instituciones nacionales responsables de un programa integral de cuidados para la salud (...). Lo que se procura es evitar duplicaciones, reducir el dispendio e incrementar la eficiencia de los establecimientos (...). Estamos convencidos de que no hay planificación viable sin prácticas administrativas eficientes. Nos proponemos a racionalizar las actividades de gerencia (...) (Doc. 9, p. 19).

Os custos crescentes da Atenção Médica são outro obstáculo à extensão de cobertura, particularmente no que se refere a assistência hospitalar. Portanto, não só é preciso maior controle sobre a prática hospitalar (auditoria, análise de custos) como também deve-se dar ênfase a procedimentos simplificados, de baixo custo e tecnologia, para diagnóstico e tratamento (Doc. 4, 5).

A formação de pessoal deve prioritariamente estar dirigida ao pessoal auxiliar, recrutado nas próprias comunidades.

Todo o sistema, ordenado, racionalizado deve estar disposto em níveis de complexidade crescente e de forma regionalizada (Doc. 9, p. 77).

A racionalização encontra maior razão de ser em função dos recursos limitados destinados à inversões no setor. Estimou-se na III Reunião de

Ministros de Saúde que seria necessário incrementar em 94% os gastos públicos no setor, nesta década. Propôs-se crescimento anual destes gastos em 70%, representando 1,65% do P.I.B. e que chegaria ao montante estimado, caso o P.I.B. mantivesse um crescimento de 6,6% ao ano. Entretanto, em alguns países o aumento de 7% dos gastos públicos anuais em saúde ultrapassa a capacidade de investimento, daí ser importante:

- eliminar a duplicação de serviços;
- aumentar a produtividade do sistema;
- adotar uma tecnologia de baixo custo e utilizá-la ao máximo;
- adequar a manutenção de equipamentos;
- estabelecer programas de auto-ajuda comunitária;
- Estabelecer processos de planejamento multinacionais para evitar a duplicação de atividades (Doc. 9, p. 102).

As propostas anunciadas na III Reunião de Ministros de Saúde constituíram certamente o suporte político para que modernização e racionalização passassem a fazer parte do ideário da reforma médica na América Latina.

O Estado, nos diversos países, ve massumindo um papel crescente como produtor de serviços e como normatizador e financiador da Atenção Médica. Os programas de extensão de cobertura tem sido marcado por tais formas de intervenção, emergindo planos que se dirigem ora para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, que coordene as várias instituições, ora como programas regionais de desenvolvimento integral (Doc. 14), ora através de financiamento para a compra de serviços a varejo e atacado no setor privado.

Estas propostas muitas vezes são a expressão de políticas de saúde, que atendem, em um mesmo país, a heterogeneidade estrutural do Setor Saúde, tentando compatibilizar e articular elementos contraditórios: um setor empresarial médico atuante, empresas multinacionais de medicamentos, Medicina liberal e livre — escolha, instituições públicas de prestação de assistência médica, aspirações populares.

Cabe ao Estado a

(...) organización comprehensiva de los servicios de salud. Es necesario crear estructuras que faciliten la articulación de los componentes públicos, privados y profesionales del Sistema de Salud (Doc. 12, p. 2).

Nem sempre as intenções do Estado encontram respaldo na realidade complexa e na posição política das diversas instituições envolvidas.

Por isto, muitos programas regionais e locais dirigidos à regionalização de serviços têm proposto uma estratégia que parta de experiências locais e se difundam ao longo do sistema, a partir de maior conhecimento e vivência de micro-economia e micro-administração, treinamento de pessoal auxiliar, estabelecimento de maior contato com a população, etc. (*Doc. 13*, p. 3).

A racionalização de setor saúde, significando uma adequação entre *necessidades* (sempre ilimitadas) e *recursos* (naturalmente escassos) surge, assim, como *direção* do desenvolvimento social no campo setorial específico.

O aparelho burocrático estatal se moderniza e a nível local surgem experiências de coordenação inter-institucional.

A uma maior eficiência dos aparelhos de Estado se opõe, muitas vezes, a racionalidade dos programas locais, estabelecidos como alternativas de mudança que se irradiem a outros níveis do Sistema.

As barreiras e obstáculos institucionais devem ser enfrentadas em todos os níveis, situando-se a estratégia racionalizadora no plano de contradições institucionais (Luz, 1977) — projetos de reformas e propostas de mudanças mais profundas coexistem e entram em confronto a cada instante.

II. SOCIEDADE POLÍTICA, SOCIEDADE CIVIL E REFORMA MÉDICA

*Os Deuses vendem quando dão
Compra-se a glória com desgraça
Ai dos felizes porque são
Só o que passa.*

FERNANDO PESSOA

É certo que os projetos de extensão de cobertura através da medicina simplificada e regionalização de serviços de saúde representam possibilidades de avanço nas conquistas sociais das classes subordinadas. O acesso a Atenção à Saúde, em que pese sua efetividade ser relativa e frequentemente questionada, permite atender às necessidades vitais de alívio do sofrimento, recuperação de incapacidades, preservação da vida.

Porém, não se deve iludir com a aparente neutralidade destas propostas. Não são intentos humanitários absolutos. São direitos conquistados ou antecipados pelo Estado e cuja compreensão nos remete à dinâmica das classes

sociais a suas relações com o Estado nos diferentes países latino-americanos.

Despir a proposta desta neutralidade aparente é a condição inicial para que se defina a tomada de posições técnicas e políticas face às atuais tendências da prática médica na América Latina.

Donnangelo (1976, p. 30) afirma que “analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes implica, primeiro, romper com essa concepção de neutralidade, buscando identificar (...) as formas pelas quais ela exprima as determinações próprias a esta estrutura”.

A Medicina logra, com grande eficácia, esconder-se atrás do manto de neutralidade por ser uma intervenção técnica das mais antigas exercida por categorias de intelectuais —os médicos— que surgem como representantes “de uma continuidade histórica que não fora interrompida nem mesmo pelas mais complicadas e radicais modificações das formas sociais e políticas” (Gramsci, 1968).

Médicos como intelectuais tradicionais dão o estatuto de aparente independência da Medicina das práticas sociais dos grupos dominantes.

É preciso estudar o movimento atual de intervenção do Estado nas Instituições de Saúde, seja como produtor direto de serviços, seja como racionalizador e normatizador, visando a extensão de cobertura, diminuição dos custos da Atenção Médica e “redistribuição” de renda através dos sistemas providenciários. Isto coloca em foco o problema das “políticas sociais”, nas sociedades de classe.

A políticas sociais resultantes dos ajustes, composições, alianças que se dão na dinâmica das classes e frações de classe, situam o Estado como representativo dos “interesses colectivos” (Donnangelo, 1976, p. 45). A igualdade (aparente) de direitos sociais (educação, saúde, habitação) garantem um sistema de desigualdades reais, definido a partir das relações sociais de produção.

Os direitos sociais, a igualdade entre os indivíduos, o acesso a saúde, educação, alimentação, habitação, o direito de venda da força de trabalho educacao, alimentacao, habitacao, o direito de venda da força de trabalho é garantido à todos os indivíduos, e ao Estado compete elaborar tecnicamente suas prioridades, a partir de critérios “redistributivos”, que atenuem (e mascarem) as diferenças reais determinadas na esfera da produção.

A ideologia da planificação, de “tecnocratismo” que despe as decisões políticas de seu sentido classista constitui, no Capitalismo monopolista de Estado uma das formas mais importantes em que se difunde a ideologia

das coalizões dominantes, que tem na ideologia económica o papel dominante (Poulantzas, 1971, p. 272).

Efeito de oculatamento imprescindível para assegurar a reprodução de modo de produção, encontra na Medicina as condições de eficácia no despistamento (Medicina neutra, para curar, evitar as doenças e a morte) e na manutenção e reprodução da força de trabalho.

A articulação da Medicina com as práticas que asseguram a reprodução da força de trabalho já tem sido analisadas com relativa ênfase, tendo sido indicado que a recuperação das funções vitais adota como critério normativo, na Medicina da Força de Trabalho a restauração da capacidade de trabalhar; a legitimação do papel de doente é temporária, o retorno aos papéis habituais e socialmente definidos é o objeto da intervenção médica.³ Naturalmente esta função de Medicina se dirige prioritariamente à recuperação das condições vitais de funcionamento "normal" da força de trabalho.⁴

Nesta abordagem é proposto que as atuais tendências da prática médica na América Latina se situam no conjunto de medidas assumidas pelo Estado para a direção do desenvolvimento capitalista da Região. A extensão de cobertura através procedimentos simplificados e dirigido aos grupos rurais e urbanos marginais estariam articulados à integração destes grupos ao processo produtivo.

El pequeño campesino y el obrero agrícola tampoco constituían preocupación ni de la Medicina ni de la educación hasta el momento en que se manifiesta la llamada crisis de alimentos en 1972, cuando la producción de alimentos en el mundo declina por la primera vez en más de 20 años (García, 1972, p. 49).

A integração das massas rurais representa o projeto de extensão das relações capitalistas de produção ao campo, ao mesmo tempo que atende a funções de controle político de tensões geradas pelas condições de exploração das massas compeonesas, bem como abre espaço para a integração do mercado interno, gerando novas demandas por bens e serviços.

Os setores populacionais rurais tem importância quantitativa na maioria dos países latino-americanos. A força de trabalho empregada em atividades agrárias é considerável, correspondendo em 1970 a cerca de 40% da população economicamente ativa no Caribe, 32% na América do Sul tropical, 20% na América Central continental e 12% no América do Sul temperada, enquanto é de 5% na América do Norte (OPS/OMS, 1974, p. 8).

Assim, de um lado, os projetos de extensão de cobertura e racionalização se inscrevem no marco das políticas sociais representando, em certas si-

tuações, avanços e conquistas importantes para os grupos subordinados, de outro como projeto em planos de inclusão e internalização das relações capitalistas de produção e, ao mesmo tempo e contraditoriamente como desafio às condições concretas em que se organiza a Atenção a Saúde.

Este último aspecto reflete, no plano concreto, os efeitos das políticas de saúde não explicitadas (na maioria das vezes) que asseguram a manutenção do caráter classista da Medicina em nossos países.

Tendências contraditórias que se enfrentam no campo da ideologia do planejamento de saúde, que tem como justificativa central o de que os recursos são escassos e as necessidades de saúde são ilimitadas.

Não se coloca o problema da desigualdade da distribuição e de apropriação dos recursos materiais e financeiros alocados ao Setor Saúde. Nada é dito sobre a apropriação privada dos lucros produzidos a partir da remuneração pelos serviços médicos através de pagamentos por atos médicos pelos pacientes ou pelo sistema previdenciário.

Omite-se que o desperdício de recursos muitas vezes é o resultado de políticas de construção de hospitais faraônicos, de alta complexidade e elevados custos, mas que servem como monumentos de um Estado, ou de um regime, ou do prestígio e poder político do grupo social a que se destina. É o caso, por exemplo, do funcionamento dos Institutos Previdenciários, que representando interesses de grupos sociais politicamente organizados lograram concessões deste tipo.

Deve-se tentar compreender, o sentido do movimento de racionalização dos serviços de saúde a partir dos determinantes políticos e sociais que marcaram a emergência do planejamento de saúde na América Latina, particularmente em suas relações sobre as concepções sobre o "subdesenvolvimento" latino-americano.⁵

Na década de 50, na América Latina a concepção hegemônica era o de que a aceleração do crescimento econômico através da reordenação planejada de Economia, da manipulação dracional das variáveis econômicas, levaria à superação do subdesenvolvimento, com isto, o de todos os problemas sociais e políticos.

Os fracassos desta concepção conduziram a novas propostas dirigidas a integração do desenvolvimento econômico e social, concebido como uma transformação histórica da estrutura da sociedade.

A Carta de Punta del Este assinala um momento importante na história do planejamento na América Latina. Considerou-se a necessidade de que fossem elaborados planos integrados de desenvolvimento incluindo o setor

social. Foram lançadas as bases para as orientações teóricas e metodológicas do planejamento de saúde.

A concepção de desenvolvimento contida nos planos integrados era o de um processo equilibrado e harmônico, de pequenos avanços em cada setor que confluíam cumulativamente para o desenvolvimento. A racionalidade do planejamento continuava sendo o da coerência do comportamento das variáveis econômicas.

A ideologia das mudanças lentas e progressivas, planificadas, envolveu as concepções sobre o planejamento do setor social, e, neste, o de saúde.

O caminho para a solução de "crise" latino-americana, seria encontrado a partir de um conjunto de técnicas capazes de tornar possível a tomada de decisões racionais, com uma clara definição de objetivos eleição de meio eficazes.

O caminho do "tecnocratismo" estava aberto no campo da saúde, embora contivesse elementos ideológicos de oposição a uma intervenção autoritária e centralizada do Estado.

O planejamento de saúde foi construído a partir de um modelo de planejamento "de baixo para cima", coerente, porém com uma política de saúde elaborada a nível central.

Considerou-se que as características heterogeneas das áreas de cada país tornavam inefetivo um planejamento central. O caminho seria inverso, resultando o plano nacional da convergência de planos locais e regionais.

Entretanto, na experiência latino-americana os poucos planos formulados permaneceram como planos locais, com pouco ou nenhum efeito a nível central.

Indica o documento da OPS/OMS (*op. cit.*, p. 29), que "como en el caso de la planificación general del desarrollo se observó que la planificación de salud no producía el desarrollo y los resultados que se habían esperado (...) En el difícil campo de la correlación intersectorial casi no se había hecho nada".

Na década de 70, e particularmente no momento actual vêm-se reaparecer as propostas de racionalização de Setor Saúde, dirigidas particularmente à Atenção Médica. O Estado assume diretamente a prestação de serviços nas áreas carentes e estagnadas, procura "modernizar" a burocracia estatal tanto a nível dos Ministérios de Saúde quanto do sistema previdenciário e esforça-se em racionalizar a ação as diversas instituições, governamentais e privadas.

A compatibilização inter-institucional dar-se-ia pela regionalização dos serviços e a produção direta de serviços por intermédio de procedimentos

simplificados e de baixo custo. Ao setor privado destina-se uma clientela de alta renda ou, em alguns países, beneficiários do Seguro Social.

Embora não se possa identificar uma similaridade na estrutura dos serviços de saúde em toda América Latina, pode-se assegurar que em grande número de países coexiste a prestação direta de ações de Saúde pelo Estado com um setor privado organizado, cuja dinâmica de crescimento é resultante de suas relações com o Estado.

Define-se como o problema teórico e político relevante para a compreensão das relações de saúde e formas de propriedade dos estabelecimentos médico-assistenciais. Compreender-se-ia como um dos limites impostos à racionalização com hegemonia do setor privado e neste de um setor empresarial, capaz de reproduzir-se e ampliar-se com uma dinâmica de acumulação capitalista. A racionalidade do planejamento encontrar-se-ia contraditoriamente com a racionalidade de um conjunto de instituições médicas que se orientam por critérios de rentabilidade e lucratividade.

É reconhecido em publicações oficiais (OPS/OMS, 1974) que o regime de propriedade dos hospitais é um elemento que deve ser considerado ao se estudar determinantes das políticas de saúde.

Em torno de 1972, em 7 países, de 27 estudados, a propriedade privada dos hospitais era igual ou superior a 50% e em apenas um (Brasil) a proporção dos leitos privados ultrapassava a 50% do total de leitos. A análise de tendência da evolução dos diversos setores no período 1961-1972 em 17 países da América Latina revela a participação do setor privado em mais de 50% da propriedade dos hospitais era de 3 países em 1961 e 5 em 1972. Brasil, Honduras, mantiveram-se acima de 50% no período, Argentina e República Dominicana ultrapassaram tal cifra em 1968, o mesmo ocorrendo com Equador em 1972. Haiti em 1968 passou a contar com participação privada em menos de 50%, ao contrário da situação em 1961.

Verificou-se uma estabilidade no crescimento do número de estabelecimentos privados na Argentina e Brasil e uma tendência à diminuição em Honduras (67,6% em 1961 para 56,8% em 1972) e República Dominicana (79,5% em 1961 e 64,7% em 1972).

O aumento dos leitos privados foi verificado em 3 países — Argentina, de 20% para 22,5%, Brasil, de 60% para 66% e República Dominicana, de 22% para 24,2%, diminuindo em Honduras de 22,8% para 21,7%.

As modificações em termos da composição dos leitos não parece indicar no período 1961-1972 houve concentração do setor privado, isto é, aumento do número de leitos por hospital, exceto no Brasil.⁸

Estes dados indicam que devam estar coexistindo na América Latina

modelos de Atenção Médica que articulam predominantemente prestação direta de serviços pelo Estado e uma prática médica liberal, tradicional.

As diversas formas de participação estatal a través os Ministérios de Saúde e Seguro Social não garante todavia uma atenção igualitária, uma vez que as prestações do Seguro Social dirige-se em sua maioria, para funcionários, profissionais e operários urbanos qualificados (*Doc. 3; Laurell, 1975*).

O Brasil apresenta, entranco, uma situação particular com hegemonia do setor privado e que se afirma através da compra de serviços da Previdência Social, estimulando o fortalecimento das empresas médicas. A centralização do sistema previdenciário em um único órgão prestador e comprador de assistência médica, em 1967, tornou-se um instrumento de aceleração do processo de empresariamento da medicina no país.

Embora as informações disponíveis sejam precárias e não permitam identificar com precisão as especificidades da organização da atenção a saúde na América Latina, as barreiras ao processo de racionalização via empresariamento da medicina somente parecem ser relevantes no Brasil e Argentina.

Nos demais países a coexistência entre os diversos setores e instituições, particulares a história de cada formação social, devem remeter a outras condições limitantes ao resultado efetivo dos planos de saúde.

Em alguns países as contradições entre o plano, o discurso institucional do planejamento e a prática, os efeitos concretos, situam-se no campo das insuficiências materiais do setor. O discurso institucional a nível do plano e sua inefetividade prática colocam-se em um campo político em que ao nível das intenções, da ideologia, o Estado tem como projeto a "igualdade social", assegurando o consenso nos grupos sociais com eficiência necessária para sustentar a exploração (na esfera econômica), dominação (no plano político) e sujeição (no nível ideológico). A ineficácia do plano não colocaria em questão o Estado, a coalização dominante e seis esquemas de poder uma vez que saúde não se situaria como um projeto extensivo a todos os grupos sociais como forma de instauração de hegemonia de classe: as instituições de saúde não teriam assumido nas diversas conjunturas o papel relevante de hegemonia de classe (*Luz, 1977*).

Esta hipótese, caso comprovada, indicaria que nos países e conjunturas em que os planos nacionais de saúde saíram da esfera das intenções para o de resultados efetivos ter-se-ia dado no momento em que saúde se torna um projeto de hegemonia de classe ou quando assim é assumido pelo Estado em decorrência das concessões feitas às classes subordinadas em situações de crise bo bloco histórico.

Gaete e Castañón (1972) analisando o proceso de constituição do Serviço Nacional de Saúde no Chile indicam que

las modificaciones que introduce la socialización de la medicina en el plano de la atención médica más que apartarla de este sistema, sólo expresan en este plano toda la complejidad de la dinámica del desarrollo capitalista (*op. cit.*, p. 11).

Não só a medicina socializada conviveria com a medicina liberal como esta seria a dominante na atenção médica chilena. Assim demonstraria a estrutura dos gastos médicos nacionais, o volume das consultas médicas, número de horas-médico anuais, etc. Não estaria ocorrendo, entretanto, um proceso de passagem da medicina liberal e empresarial que demarcaria mais exatamente uma organização de tipo capitalista interna ao setor.

A intervenção do Estado ao reordenar o sistema de saúde em 1952 com a criação do Serviço Nacional de Saúde teria decorrido em consequência de que a medicina liberal não representava respostas a

la progresiva e ineludible restricción del mercado de trabajo para los profesionales de salud; la vinculación clara y cierta de la medicina con el aparato productivo y las necesidades que de allí se plantean; y por último, el carácter abiertamente clasista y antipopular que adquiere esa medicina y la presión que, por lo tanto, levanta en los medios proletarios (*Gaete, 1972, p. 12*).

Em uma situação historicamente dada em que o Estado intervem em diversas esferas da vida social, as contradições geradas a nível das instituições de saúde encontram um ponto de equilíbrio e de conciliação de interesse dos vários grupos sociais envolvidos, ao mesmo tempo que acentua a dominação de certos grupos sociais sobre outros (*op. cit.*, p. 16).

É sem dúvida significativa a posição assumida pelo grupo profissional médico no Chile em 1973, exercendo uma ação política nitidamente vinculada aos interesses das classes dominantes tanto na cena política nacional quanto nos projetos específicos de "des-socialização da Medicina" e maior fortalecimento da medicina liberal.

Exemplo significativo de intelectuais como "comissários" do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político para gerar o consenso "espontâneo" à orientação impressa pelo grupo fundamental e para "justificar" a ação do aparato de coerção estatal nas crises de comando e direção, ao fracassar o consenso espontâneo (*Gramsci, 1968*).

No Brasil, há indicação de que as instituições médicas (de atenção predominantemente curativa) se tornam eficazes como forma de imposição e de consolidação de hegemonia de classe a partir de 1974 quando se fortalecem as tendências centralizantes e normatizadoras da Previdência Social.⁷ Centralização de poder econômico: o orçamento previdenciário é o segundo do país. Centralização do poder político: a fusão dos "Institutos Previdenciários" (de grupos ocupacionais diversos) em um único órgão (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1967. Os discursos institucionais a partir de 1974 estão centrados nos problemas de assistência médica: "crise de medicina", "universalização dos direitos e saúde", "medicina simplificada", ao tempo que surgem propostas de planos emergenciais de cobertura às populações peri-urbanas através de contratos no setor privado. O debate do período anterior (1960-64) entre "higienismo e securitarismo", se resolve pelo domínio do segundo. O processo de medicalização da totalidade dos grupos sociais articula Previdência Social e setor privado, dirigindo a reordenação da Atenção Médica no sentido do empresariamento e da constituição de um complexo médico-industrial. O Estado assume simultaneamente através seus aparelhos —M Saúde, M. Interior— os projetos de extensão de cobertura às áreas rurais com simplificação da Medicina. As tentativas de articulação inter-institucional se cristalizaram em 1975 com a Lei do Sistema Nacional de Saúde, que após dois anos não logrou impor a nova racionalização. As instituições estatais (M. Saúde e Previdência Social) não efetivam concretamente planos locais ou regionais, permanecendo latente o conflito inter-institucional.

A modernização e a racionalização encontram como barreiras, de um lado o empresariamento da medicina e de outros as barreiras institucionais ligadas à disputa pelo poder e hegemonia dentro do setor e ligada à história das instituições de saúde no país.

Em outro contexto, a situação mexicana, afirma-se que é impossível planejar a utilização racional dos recursos existentes uma vez que as instituições são múltiplas e submetidas a uma dinâmica sócio-política e econômica particulares (Laurell, 1975).

O setor privado cobrindo cerca de 18% da população, ocupa 49,4% do total dos médicos enquanto a "Secretaria de Salubridad y Asistencia" sobre 48,2% da população e emprega 10,6% dos médicos, o "Instituto Mexicano del Seguro Social" 24,5% e 14,2% o "ISSSTE" 3,8% e 5,6% e outras dependências 5,1% e 8,8% respectivamente (*op. cit.*, p. 89).

Calcula-se 15 a 20 milhões de mexicanos se encontram à margem dos sistemas médicos profissionais. E dentro do quadro institucional, os diversos

grupos sociais recebem atenção diferencial de acordo com o órgão de que se beneficiam.

Como formula Laurell (*op. cit.*, p. 90):

La seguridad social sin lugar a dudas, es una reivindicación obrera lograda en la lucha contra los patrones. Esto explica por qué los grupos obreros caracterizados por su combatividad (...) la obtuvieron antes que el resto de las clases trabajadoras.

Neste sentido o Estado promove a conciliação de classes, buscando demonstrar que a contradição entre Capital e Trabalho pode dar-se no terreno do consumo, sem mudanças essenciais nas relações de produção (*op. cit.*, p. 91).

Em um nível de análise tão geral somente pretende-se indicar alguns problemas e hipóteses explicativas, cuja comprovação deve ser verificada em estudos particulares. O delineamento das questões serve, no momento, apenas para indicar a necessidade de pesquisas históricas e conjunturais que deem conta das relações entre prática médica e sociedade na América Latina.

Estes três exemplos (Chile, Brasil, México) ilustram como "estudo de casos" o caráter complexo e contraditório, particular e concreto, das relações entre Medicina e Sociedade. Devem ser tomados como investigações que devam ser continuadas e aprofundadas para um melhor conhecimento destas relações e para sustentar posições justas no debate das políticas sociais.

III. COMPROMISSO HISTÓRICO ⁸

*Arre, estou farto de semi-deuses!
onde é que há gente no mundo?*

ÁLVARO DE CAMPOS

A descrição das tendências e problemas atuais da prática médica na América Latina e de esboços e indicações do instrumental analítico somente encontram razão de ser se convergirem para uma prática social cujo objetivo seja o de assegurar direitos igualitários *reais* à totalidade dos grupos sociais.

No plano da teoria tem sido enfatizada mais a função de medicina na reprodução do modo de produção, portanto seu caráter de dominação e submissão dos grupos subalternos. Esta postura pode levar ao risco de serem

perdidos objetivos intermediários, que atendendo à condições imediatas e concretas colocam-se como conquistas estratégicas importantes para tais grupos.

Necessidades sentidas, aspirações latentes e condições de vida ameaçadas pela doença, incapacidade e invalidez recolocam a questão teórica e prática a cada momento, em cada conjuntura, de determinar-se o sentido e o significado das políticas de saúde, apreendidos pelo "pensamento crítico" e capazes de orientar uma prática coerente e inovadora.

Pareceria correto afirmar que, em dadas conjunturas em que se afirma o poder da sociedade política (Estado, aparelhos repressivos) sobre a sociedade civil, as orientações fundamentais em matéria de saúde, situadas na conjuntura, devam ser aqueles que contribuam para articular a sociedade civil esfacelada. Democratização da saúde, com participação popular nas decisões a nível de seus organismos representativos poderá ser uma posição inarredável.

A ação do Estado e dos sistemas previdenciários devem ser analisados no sentido de se verificar se as medidas propostas reforçam a concentração de poder nos aparelhos de Estado, privilegiam a constituição de um complexo medico-industrial, a reduzem os limites de controle e participação dos grupos sociais aos quais um plano de saúde se dirige.

Isto significa que muitas vezes o debate entre privatização e estatização da Atenção a Saúde não pode ser conduzido aprioristicamente: tudo o que é estatal é automaticamente liberador.

Este foi o caráter ideológico das lutas sociais nas décadas de 50 e 60 e vinculadas às posições nacionalistas, particularmente no campo da Economia.

Em certas situações, particularmente quando se desenvolve um Capitalismo de Estado em um regime político autoritário pode ser questionável que se deva fortalecer, nas políticas sociais, uma hipertrofia dos aparelhos estatais encarregados de as formular e executar.

É uma posição possivelmente questionável. Entretanto o que se interroga é se não será aumentado o controle político sobre os grupos subalternos através de mecanismos burocrático-estatais particularmente quando se adotam medidas de convivência, de delimitação de campos de ação e de formas de interação com o setor privado especialmente com as empresas médicas (capitalismo comercial incipiente) e companhias de seguro (capitalismo financeiro emergente).

A questão central é de como conciliar uma participação crescente dos vários grupos sociais subordinados com uma tecnoburocracia estatal, que

cada vez mais concentra e centraliza poder, em conjunturas em que predomina a coerção sobre o consenso.

Democratização de saúde não deverá ser confundida com universalização da cobertura, embora esta seja uma condição essencial. O problema está em distinguir uma política de saúde que tenha como projeto a medicalização da sociedade, isto é, de formas institucionais de controle e disciplina do corpo social, daqueles que se dirijam e sejam coerentes para um projeto de liberação (Foucault, 1974).

Os limites estreitos da participação definida dentro de balizamentos técnicos cumprem a função ideológica de obscurecer o "político" inerente a qualquer processo de definição de objetivos e meios.

O projeto liberador deverá colocar o técnico em uma dimensão política resultante do debate, confronto de interesses e composições entre os grupos sociais.

A técnica a serviço da vida política, do debate democrático e não a técnica a serviço da opressão, disfarçando-a nem sempre de forma sutil, pela "objetividade" dos indicadores e dos modelos matemáticos.

As políticas (incluindo as sociais) só podem ser apreendidas em seu significado se situadas a nível do entendimento do sistema de poder existente em um momento dado.

O planejamento de saúde, a racionalização, a modernização, a extensão de cobertura colocam antes das opções técnicas, as opções políticas e a questão do poder. E no centro desta questão o problema de hegemonia de classe.

Medicina simplificada e regionalização dos serviços como proposta da consolidação de hegemonia das coalizões dominantes de um Estado autoritário poderão, permanecendo apenas no plano das intenções e do discurso institucional, exercer seu papel, obscurecendo não só o caráter não democrático desde Estado, como reforçando uma Medicina classista.

Deve-se interrogar, em cada conjuntura, os limites e as possibilidades de apoio e reforço destas medidas, do trabalho a nível de cada experiência local, da criação de critérios de eficiência e eficácia comprometidos com os interesses dos grupos subalternos.

Cuida-se para que não se negue a priori a validade destas políticas de saúde. Não há receitas a dar, nem esquemas teóricos gerais que dêem conta de cada situação particular.

Os conceitos e as leis gerais, tão parcamente esboçadas no capítulo 2, são ferramentas para as análises concretas e valem apenas como alerta para que se compreendam na História de uma totalidade social e nas "histórias

particulares" das instituições de saúde em suas relações com a totalidade, as conjunturas sanitárias sobre a qual se deve intervir.

Despida a Medicina de sua aparente neutralidade, permanece o desafio das alternativas a serem defendidas. Intrincada e apaixonante tarefa teórico-prática que se questiona a cada passo, a cada avanço ou retrocesso.

Como certeza, a de que os grupos subalternos não de elaborar no processo histórico de sua liberação, seus próprios intelectuais orgânicos e que serão produzidas no mesmo processo, as soluções aos impasses (falsos ou verdadeiros) que enfrentamos na América Latina contemporânea.

NOTAS

¹ A II Reunião do Comité do Programa de Livros e Texto em Medicina Preventiva assinala: "(...) en la actualidad lo que se caracteriza bajo la denominación de atención médica se refiere al conjunto de acciones de diagnóstico y las considera hegemónicas en el conjunto de las acciones de Medicina en la mayoría de los países de la América Latina, y por lo tanto ejerce su dominio hacia los demás proyectos orientados hacia la salud colectiva, tales como la salud pública y la Medicina Comunitaria" (... OPS/OMS). *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. 20 años de experiencia latinoamericana*. Publ. Cient. 324, 1976, p. 44.

² Ver Parsons, T. *The Social System*. A função integradora da Medicina surge neste trabalho em toda sua plenitude ideológica de dominação. Não terá sido por acaso que o desenvolvimento "teórico" do estrutural-funcionalismo, centrado na moderna teoria dos sistemas tenha influenciado de forma tão acentuada a administração e o planeamento dos serviços de saúde.

³ Os conceitos funcionalistas sobre o papel do médico o do paciente são a expressão mais nítida da ideologia dominante que envolve a medicina a que legitima sua prática, particularmente quando dirigida aos grupos subordinados (ver Parsons, T. *The Social System*).

⁴ Para maior detalhe sobre a análise das relações entre Medicina e força de trabalho, consultar Pollack, J. C. *La Medicine du Capital*, Paris, Maspéro, 1971. Donnangelo, M. C. F. *Saúde e Sociedade*; São Paulo, Duas Cidades, 1976. Arouca, A. S. *O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*, Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, 1975 (mimeo.). Braga, J. C. *Capitalismo e Saúde*, 1977 (inédito). Singer, P. et al. *Pesquisa sobre economia da saúde no Brasil*, São Paulo: CEBRAP, 1977 (mimeo.). Laurell, C. "Capitalismo y Medicina en México". *Cuadernos Políticos* 5:80-93, 1975. García, J. C. *La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social*. São Paulo, Reunião sobre Medicina Comunitária, maio 1977 (mimeo.).

⁵ A análise nos parágrafos que se seguem é baseada no documento OPS/OMS. *Planificación de Salud en América Latina*, Publ. Cient. 272, 1973, p. 1-29.

⁶ Os países analisados foram Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Equador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela, para os quais se dispunha de informações, no período 1961-1972 (Referências 10, 11, 12).

⁷ São conclusões preliminares do projeto de pesquisa dirigido por Madel T. Luz, *Instituições Médicas no Brasil: 1960-1974*, realizado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em convênio com a Financiadora de Estudos e Projetos-FINEP.

⁸ Este capítulo é resultado dos debates realizados no Instituto de Medicina Social sobre Planeamento de Saúde com a equipe docente e de pesquisadores. A contribuição decisiva para a emergência destas ideias deve-se à participação do Prof. Mario Testa, professor visitante em 1976 e um dos criadores da técnica CENDES/OPS de Planeamento de Saúde. Embora o autor não esteja seguro de que todas as ideias são compartilhadas pelo Dr. Testa, a ele deve principalmente o sentido crítico e participante deste trabalho. Outros docentes que participaram das discussões foram: Adolfo Chorny e Leopoldo Halperin (professores visitantes), Nina P. Nunes, José Luis Fiori, José C. Noronha, Madel T. Luz e Luiz Clemente Mariani.

Relação dos documentos analisados

1. Brasil, Grupo Executivo Interministerial. *Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento (PIASS)*, Brasília, 1976 (15 p. mimeo.).
2. Calvos, S. A. E. *Programa Salud y Comunidad de Panamá*. VI Conferência Panamericana de Educação Médica. FEPAFEM/ABEM Rio de Janeiro, 17-19 de novembro 1976, 71 p. (mimeo.).
3. Escuela Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. *Estrategias para la extensión de servicios de salud en América Latina*. IX Conferência de Escolas de Saúde Pública de América Latina. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 7 a 12 de novembro de 1976, 14 p. (mimeo.).
4. Neri, A., Garcia Dias, C. J. *Atención médica primaria*. IX Conferência de Escolas de Saúde Pública de América Latina. Rio de Janeiro, 7-12/novembro/1976. Fundação Oswaldo Cruz, 14 p. (mimeo.).
5. Nicz, L. F. Sociedade Paranaense de Medicina Geral e Comunitária. VI Conferência Panamericana de Educação Médica. Rio de Janeiro, 17-19/novembro/1976. FEPAFEM/ABEM, 71 p. (mimeo.).
6. Medina, E. *Funciones de las Escuelas de Salud Pública en el desarrollo del nivel primario de atención a la salud*. Rio de Janeiro, 7-12/novembro/1976, 17 p. (mimeo.).
7. OPS/OMS. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Buenos Aires, 14-18/outubro/1968. Doc. oficial Nº 90. 1969, 340 p.
8. OPS/OMS. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Amé-

- ricas, Santiago, Chile, 2-9/setembro/1972. Doc. oficial Nº 123, 1973, 260 p.
9. OPS/OMS. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Doc. oficial Nº 118, 1973, 146 p.
 10. Peregrina Pellon, L. *La atención de la salud en el nivel primario. Formación de recursos humanos. La integración docente asistencial*. IX Conferência de Escolas de Saúde Pública de América Latina, Rio de Janeiro, 7-12/novembro/1976. Fundação Oswaldo Cruz, 11 p. (mimeo.).
 11. *Programa de preparo estratégico de pessoal de saúde. Recursos humanos para a assistência simplificada e integração docente assistencial*. Brasília, 1976, 13 p. (mimeo.).
 12. Saldaña, J. *La atención de la salud en el nivel primario. Estrategias para la extensión de servicios de salud en la América Latina*. IX Conferência de Escolas de Saúde Pública de América Latina, 7-12/novembro/1976. Fundação Oswaldo Cruz. 16 p. (mimeo.).

Referências bibliográficas

1. Arbona, G. Nine Curt, J. Informe preliminar sobre regionalización de los servicios de atención médica integrada en Puerto Rico. *Medicina Administrativa* 4 (4): 119-123, 1970.
2. Donnangelo, M. C. F., Pereira, L. *Saúde e Sociedade*, São Paulo: Duas Cidades, 1976, 124 p.
3. Foucault, M. *As origens da Medicina Social*. Conferência no Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, outubro 1974, 23 p. (mimeo.).
4. Gaete, J. Castañón, R. *El desarrollo de las instituciones de atención médica en Chile durante este siglo*. Santiago, Chile, 1972, 24 p. (mimeo.).
5. García, J. C. *La articulación de la Medicina y la educación en la estructura social*. São Paulo, Simpósio sobre Medicina Comunitária, maio 1977, 58 p.
6. Gramsci, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968, p. 3-23.
7. Laurell, C. "Medicina y Capitalismo en México". *Cuadernos Políticos* 5: 80-93, 1975.
8. Luz, M. T. *Constituição de um modelo de análise de instituições*. Documento preliminar da pesquisa "Instituições médicas no Brasil: 1960-1974", Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1976, 13 p. (mimeo.).
9. OPS/OMS. *Planificación de Salud en la América Latina*. Publ. Cient. 272, 1973, p. 1-29.

10. OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas. 1961-1964*. Publ. Cient. 138, 1966.
11. OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas. 1965-1968*. Publ. Cient. 207, 1970.
12. OPS/OMS. *Las condiciones de salud en las Américas. 1968-1972*. Publ. Cient. 287, 1974.
13. Poulantzas, N. *Poder político y clases sociales en el estado capitalista*. México: Siglo XXI. 1971, 471 p.

TEMA I

ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL EN AMÉRICA LATINA, ALTERNATIVAS Y TENDENCIAS.

Líneas de investigación

Comentario oficial

por HEBER VILLALOBOS C.*

La atención médica ejerce poco o ningún efecto sobre la salud de una comunidad.

REUEL STALLONES.

Las condiciones de salud de una comunidad dependen más de un mejoramiento general del nivel de vida (educación, nutrición, vivienda, saneamiento ambiental), que de los programas de atención médica.

ANDRIJA STAMPAR.

El tema oficial de esta X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, desarrollado por el profesor Hesio Cordeiro, reviste un singular interés por cuanto la práctica médica, en la cual la figura más relevante la constituye el médico, estará siempre directamente relacionada con el sistema socio-político de un país dado, y las Facultades

* Coordinador de la Unidad de Genética Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

y Escuelas de Medicina deben jugar un papel muy importante en la formación del recurso humano que habrá de ser el instrumento de la práctica médica dentro de ese contexto socio-político y es que no puede ser de otra manera, ya que las Facultades y Escuelas de Medicina deben estar íntimamente ligadas en su concepción, en su filosofía y en su actividad a los intereses supremos de la sociedad y del país a la cual pertenecen; no pudiéndose entender el aislamiento en que se encuentran la mayoría de las Escuelas Médicas Latinoamericanas de la realidad socio-política de la sociedad a la cual pertenecen.

El profesor Hesio Cordeiro en su trabajo divide a la ponencia en 3 partes:

- I. Las Reformas Médicas en América Latina.
- II. Sociedad Política, Sociedad Civil y Reforma Médica.
- III. Compromiso Histórico.

I. Las Reformas Médicas en América Latina (Análisis).

En la primera parte, Reformas Médicas en América Latina, empieza señalando que en la década de los 70, el sector salud se ha caracterizado por los movimientos de extensión de la cobertura de la atención médica y por los movimientos de extensión de la cobertura de la atención médica y por la racionalización administrativa y financiera del sector; movimiento éste que ha estado dirigido a los grupos sociales marginados tanto periurbanos como rurales. Haciendo notar la contradicción que representan los proyectos orientados a la práctica médica del modelo médico-hospitalar, altamente especializado, de complejo nivel tecnológico y por lo tanto de elevados costos.

Como respuesta a esta situación contradictoria, han surgido las tentativas de planificar la salud, con una nueva orientación:

- Racionalización administrativa (coordinación de los servicios de salud).
- Racionalización financiera (utilizar los recursos a partir de criterios técnicos).

Estas tentativas tienen un objeto común:

- Simplificación de la medicina, en vista de la imposibilidad de atender la totalidad de la población, sobre la base del modelo médico-hospitalar.

Estos movimientos han sido el resultado de las nuevas condiciones políticas y sociales en que se ha situado a la medicina.

Continúa el profesor Hesio Cordeiro señalando que el propósito central de su trabajo es analizar la naturaleza de estas proposiciones consideradas no dentro de una aparente neutralidad en que se apoya la práctica médica, sino más bien como movimientos políticos e ideológicos que marcan nuevas relaciones entre *Medicina y Sociedad*; análisis que se basa fundamentalmente en los *discursos institucionales* que en América Latina se refieren a los proyectos de reforma médica. Los documentos que sirvieron de base al autor son los producidos en las Reuniones de los Ministros de Salud de las Américas (1968 y 1972), así como los documentos presentados en 2 reuniones de ámbito panamericano realizadas en el año de 1976.

Como bien lo establece el autor de la ponencia, el análisis por él realizado, de los movimientos y tendencias que en materia de atención médica han ocurrido en las 2 últimas décadas en América Latina, presenta grandes limitaciones, de entre las cuales se pueden apuntar 2 muy importantes, como son:

1. El mero análisis de los documentos de las Reuniones de los Ministros de Salud de las Américas; pero sin conocerse los efectos prácticos o reales de la aplicación y puesta en práctica de tales documentos.

En otras palabras no se sabe en qué medida se dio cumplimiento a los acuerdos decididos por los Ministros de Salud, en cada uno de los países comprometidos.

2. No disponer de suficiente documentación oficial al respecto del tema considerado, de cada uno de los países latinoamericanos.

A. Población y extensión de la cobertura.
(Análisis).

La II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, constituyó la expresión política de mayor relevancia en América para el actual movimiento de reforma médica.

El interés principal en "la necesidad de la intervención del Estado para garantizar la salud como un derecho inalienable de todos los individuos que integran una sociedad".

La extensión de la cobertura se refería a los grupos poblacionales no integrados: áreas rurales dispersas y urbanas marginales.

En el plan decenal de Salud para las Américas, presentado ante la II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (1972) se señala: que el 80% de las personas que viven en localidades de menos de 2 000 habitantes en América Latina, no reciben servicios mínimos de salud, y éstas representan el 45% de la población total de la región (población con características rurales). Para el mismo año la población rural venezolana alcanzaba el 37.5%, mientras que la rural dispersa, incluyendo centros poblados de menos de 100 habitantes, representaba el 11%. Esta última sólo recibe en forma deficiente los beneficios de los programas de medicina simplificada (medicina sintomática casi exclusivamente).

Desde el punto de vista de la atención médica propiamente dicha, los principales problemas en relación a las poblaciones marginales estaban representados por la limitada accesibilidad, el costo prohibitivo del servicio y la insatisfacción tanto del dador como del beneficiario; a lo cual habrá de añadir ingredientes, ya no relacionados a la atención médica, como la alta tasa de desempleo y sub-empleo.

La medicina se articula a la producción, particularmente a la de alimentos y bienes materiales, como forma de combatir el desempleo y sub-empleo tratando al mismo tiempo de extender la cobertura de los programas de atención médica.

Estos documentos contienen además una serie de premisas tendientes a alcanzar justicia social no sólo en lo que se refiere al derecho a la salud, sino también en los órdenes económicos y de bienestar comunitario.

Como es fácil suponer, estos planes y proyectos que tan hermosos lucen en los documentos presentados, son imposibles de alcanzar en la práctica real siquiera a medias, si no se realiza previamente una profunda modificación de las estructuras socio-políticas, que favorezca la instauración de un nuevo orden signado por la justicia social con participación igualitaria de todos los miembros que integren una sociedad.

La igualdad de oportunidades dentro de un sistema capitalista (desarrollado o en vías de tal), es una utopía, y de hecho inalcanzable. Y esta es precisamente la situación que se da en la inmensa mayoría de las sociedades latinoamericanas.

Por estas razones, los documentos oficiales internacionales y los de carácter nacional, nos muestran muy pocos logros alcanzados en materia

de salud y bienestar social en América Latina (educación, vivienda, nutrición, trabajo, etc.).

B. Ideología de racionalización. (Análisis).

Los planes y proyectos de extensión de cobertura de la atención médica, requieren la instauración de una racionalización de organización y funcionamiento; esto significa modernizar la infraestructura administrativa como condición *sine qua non* como una forma de lograr una mayor eficiencia del sector.

Para lograr un alto grado de eficiencia administrativa que garantice una adecuada racionalización en el sector salud, es necesario poner en práctica un sistema económico, basado en criterios objetivos de decisión, análisis de costo-beneficio, control de productividad y una política nacional de inversiones.

El sistema de racionalización tiene una mayor razón de ser, cuando los recursos destinados a la inversión en el sector salud son limitados, precisamente lo que ocurre en nuestros países latinoamericanos; en los cuales los sistemas de atención médica están signados por las siguientes características:

- duplicación de servicios,
- baja productividad,
- empleo de tecnología de alto costo y baja utilización de la misma,
- falta de mantenimiento para los equipos,
- falta de planeamiento,
- falta de coordinación intra e inter institucional,
- etcétera.

Para el año de 1972, la situación de Venezuela era la siguiente. Los programas de atención médica eran desarrollados por 2 grandes instituciones de carácter público nacional, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de Seguros Sociales, así como por un centenar de otras instituciones también de carácter público, ora nacionales, ora regionales, o locales, sin ninguna coordinación, dándose situaciones como la de personas que podían recibir beneficios simultáneos de varias instituciones, mientras que el 11% de los venezolanos no tenían oportunidad de recibirla de ninguno de ellos. Desde luego que esta situación originaba a su vez otras situaciones anormales. Por

ejemplo no se sabía cuáles eran las necesidades de recursos humanos para el sector salud, por lo que las Facultades y Escuelas de Medicina, así como otras instituciones de formación del recurso humano se encontraban realmente divorciadas de la realidad nacional y de las instituciones de atención médica.

Cinco años después, la situación no ha mejorado ostensiblemente, teniéndose por el contrario la impresión bien fundamentada que la misma ha empeorado en algunos aspectos.

Mientras existan sistemas con organizaciones de atención médica como la que exhibe Venezuela (y ésta se repite con muy pocas variantes a lo largo de la América Latina con algunas excepciones) no se podrá alcanzar una cobertura amplia que incluya siquiera los marginados urbanos y los rurales centrados y mucho menos que llegue a alcanzar el medio rural disperso (nada despreciable porcentualmente en nuestros países, pues en Venezuela representan el 11% del total de población), aún cuando la inversión de fondos por parte del Estado sea aumentada sustancialmente.

II. Sociedad Política, Sociedad Civil y Reforma Médica. (Análisis).

Es cierto que los proyectos de extensión de la cobertura a través de la medicina simplificada y la regionalización de los servicios de salud, representan posibilidades de avance en las conquistas sociales de las clases marginadas, pero para ello se requiere una toma de decisiones desde el punto de vista técnico y político en relación a las actuales tendencias de la práctica médica en América Latina.

Mientras se siga considerando a la práctica médica bajo una concepción de neutralidad, por ser una actividad técnica ejercida por categorías de intelectuales, representantes de una continuidad histórica que se remonta a los orígenes mismos de la historia de la humanidad, que se ha mantenido como tal aún en países con grandes transformaciones sociales y políticas, no será posible alcanzar las metas propuestas tendientes a satisfacer el postulado "que la salud es un derecho inalienable de todos los ciudadanos que integran una sociedad".

Muchos y muy variados han sido los intentos y planes puestos en ejecución en diversos países de América Latina tendientes a asegurarle a todos sus ciudadanos el derecho a la salud. Desde la intervención

del Estado en las Instituciones de Salud, bien como productor directo de servicios, bien como racionalizador y normalizador, hasta la creación y desarrollo de las Instituciones de Seguridad Social, cuya forma de mayor difusión y aceptación las constituyen los Institutos Nacionales de Seguros Sociales, con la serie de defectos e inconvenientes, mayores o menores de acuerdo al país que se considere. Debiendo reconocerse que si bien es cierto que estas últimas Instituciones representan una valiosa conquista de orden social y una mayor y mejor cobertura de la población, no es menos cierto que está muy distante la meta de lograrse una cobertura completa. En cierta forma estas Instituciones que se han desarrollado en países con estructuras socio políticas que siguen el modelo capitalista de desarrollo, han acentuado la estratificación de clase, al dividir a la sociedad desde el punto de vista de la salud, en clases que cuentan con buenos servicios de atención médica (Institutos de Seguros Sociales) y clases que cuentan con servicios de atención médica de inferior calidad o que no cuentan con ningún tipo de servicio.

Al mismo tiempo en algunos de estos países que han desarrollado Instituciones de Seguridad Social, se da la paradoja (no excepcional, sino por el contrario de frecuencia relativa) que el Estado contribuye con fondos financieros de consideración para el desarrollo de centros de atención médica privados, de carácter exclusivamente curativo, contribuyendo con ello no sólo a mantener el status, sino a crear en oportunidades dentro de la comunidad una imagen falsa de deterioro de las Instituciones Estatales de atención médica, aumentando la demanda de prestación de servicios en los centros privados y encareciendo considerablemente como consecuencia de la situación creada, los costos, que llegan a alcanzar niveles prohibitivos aún para las llamadas clases media-altas.

Pareciera como si el Estado consciente de la realidad y necesidad de cumplir con todos "los ciudadanos de la sociedad con el derecho inalienable a la salud" y ante las presiones ejercidas por las masas que con su trabajo y producción mantienen el país, pero imposibilitado para ello por múltiples razones, unas de orden financiero, otras de orden sociopolítico de compromisos con los grupos poderosos, recurriera a la nefasta e irracional política desde todo punto de vista de asignar fondos a las Instituciones Estatales de Salud, donde reconocen los ciudadanos de bajos ingresos a recibir atención médica que no siempre es de muy buena calidad, pero al mismo tiempo de asignar también

recursos (y a veces en una medida muy generosa), a los grupos privados para el desarrollo de centros de atención médica, muchos de los cuales son de excelencia donde sólo pueden concurrir los ciudadanos de altos recursos económicos.

El profesor Hesio Cordeiro en su ponencia señala en relación a la participación privada en la atención médica lo siguiente:

Para el año de 1972, en 7 de los 27 países estudiados, los hospitales privados representaban el 50% o más de todos los hospitales.

Esta tendencia no se ha modificado grandemente en uno y otro sentido en los países latinoamericanos.

III. Compromiso Histórico (Análisis)

Termina el autor su ponencia haciendo una serie de consideraciones sobre el compromiso histórico.

Inicia esta parte final señalando que la descripción de las tendencias y problemas actuales de la práctica médica en América Latina solamente encontrarían razón de ser si convergieran a una práctica social cuyo objeto sería el de asegurar derechos igualitarios reales a la totalidad de los grupos sociales.

En el plano teórico se ha hecho énfasis en una medicina en función de los modos de producción, estableciéndose con ello por lo tanto grupos dominantes y subalternos.

Parecería correcto señalar que en tales circunstancias se afirma el poder de la Sociedad Política sobre la Sociedad Civil, como orientación fundamental en materia de salud.

La democratización de la salud con participación popular en las decisiones a nivel de sus organismos representativos es una posición inalcanzable.

Del análisis hecho de los documentos consultados, pudiera surgir un debate entre la Privatización y la Estatización de la atención médica; lo cual sin embargo no debería ser conducido apriorísticamente.

Cuando se desarrolla un Capitalismo de Estado, dentro de un régimen político autoritario puede ser cuestionable el hecho que se deba fortalecer con políticas sociales, la hipertrofia de los aparatos o sistemas del Estado encargados de formular y ejecutar políticas de salud y atención médica.

Surgen interrogantes sobre si no será aumentado el control político sobre los grupos subordinados mediante los mecanismos burocrático-estatales, particularmente cuando se adoptan medidas, de convivencia, de delimitación de campos de acción o de formas de interacción con el sector privado, especialmente con las empresas médicas (capitalismo comercial incipiente) y las compañías de seguro (capitalismo financiero emergente).

Democratización de la salud no debe ser confundido con universalización de la cobertura, aún cuando esta última sea una condición esencial de la primera. El problema está en distinguir una política de salud que tenga como proyecto la medicalización de la sociedad, esto es de formas institucionales de control y disciplina del cuerpo social, orientadas y dirigidas a un proyecto de liberación.

El proyecto liberador deberá colocar lo teórico en una dimensión política resultante del debate, que confronte los intereses de los grupos sociales.

El planeamiento de la salud, la racionalización, la modernización, la extensión de la cobertura, consideradas como opciones técnicas o políticas es una cuestión de poder. El centro de esta cuestión es la hegemonía de clases.

La medicina simplificada y la regionalización de los servicios, como proporción de consolidación de la hegemonía de los sectores dominantes de un Estado autoritario poderoso, permaneciendo apenas en el plano de las intenciones los discursos y documentos institucionales, ejercen su papel, señalando no sólo el carácter antidemocrático del Estado, sino también reforzando una medicina clasista.

Sin embargo no debe negarse a priori la validez de estas políticas de salud. No existen esquemas teóricos generales que puedan aplicarse a cada situación en particular.

Despojar la medicina de su aparente neutralidad, continúa como un desafío a las alternativas que serán defendidas. Intrigante y apasionante tarea teórico-práctica que se cuestiona a cada paso.

Con certeza, los grupos subordinados habrán de labrar el proceso histórico de su liberación, sus propios intelectuales que serán producidos en el proceso mismo, como soluciones a los impases (falsos o verdaderos) que enfrentamos en la América Latina contemporánea.

Se señalaba en el comentario al literal A de la parte I de la ponencia del profesor Hesio Cordeiro, que las metas propuestas en los documentos institucionales signados por los Ministros de Salud de las

Américas, eran inalcanzables tan siquiera en mediana forma, mientras no se modificasen previamente las estructuras socio-políticas y económicas de nuestros países.

Y es que resulta difícil de entender cómo se puede socializar una actividad que como la práctica médica (y por ende la medicina) está interrelacionada y es por lo tanto interdependiente de tantas otras variables sociales (educación, nutrición, trabajo, etc.), y en un país cuyas estructuras corresponden a los modelos capitalistas. En honor a la verdad se debe señalar de base al profesor Hesio Cordeiro para elaborar su ponencia, particularmente los producidos en las Reuniones Especiales de los Ministros de Salud de las Américas, están impregnados de un contenido social, como si en verdad se quisiera acabar de una vez por todas con las injusticias sociales en América Latina.

Los híbridos socio-capitalistas son por naturaleza, en lo conceptual incompatibles, y en la práctica son de muy bajo rendimiento; ellos constituyen la mayoría de veces programas con los cuales se pretende conciliar intereses y luchas de clases: socialización de la medicina para satisfacer los pedimentos de las clases marginadas, al mismo tiempo que el florecimiento de las empresas médicas y de las compañías de seguros para satisfacer las aspiraciones de las clases poderosas.

Por eso, mientras este estado de cosas persista en América Latina, la solución de los problemas de atención médica y fundamentalmente el cumplimiento del derecho inalienable a la salud de todos los ciudadanos de una sociedad, por parte del Estado, a través de los Institutos de Seguros Sociales y de otras instituciones afines será sencilla y llanamente inalcanzable.

Lamentablemente, el profesor Hesio Cordeiro no incluyó en su estudio a la República Socialista de Cuba, lo cual hubiese sido realmente muy interesante, puesto que el modelo cubano se aparta y difiere completamente de los modelos de los países analizados en la ponencia. Ello constituye un ejemplo de otra tendencia en la práctica médica en América Latina, en donde sobre la base de un régimen socio-político de principios marxistas, la salud constituye una de las conquistas sociales más importantes, articulada dentro de un contexto general que pregona el bienestar del hombre y la justicia social.

Si bien es cierto que esta otra experiencia es única en la América Latina; no por eso deja de ser interesante y debe por lo tanto ser tomada como punto de comparación y valorada en su justa dimensión, a los efectos de considerar lo que más convenga a los países latinos, en

esta época de gran trascendencia histórica para el devenir de nuestros pueblos.

Se consultó el siguiente material bibliográfico:

- CONFERENCIA de Escuelas de Salud Pública de América Latina (VII), La Habana, 25-30, Octubre, 1971, OPS/FEPAFEM, Washington, 6, N° 1, Enero/Marzo, 1972.
- GABALDÓN, A. Los servicios sanitarios y el desarrollo socio-económico en la América Latina. Bol. Inform., Dir. Malarío Saneam. Ambiental 10 (1/2): 25-47, /ab '70.
- La Planificación del Desarrollo en América Latina. Documento preparado por el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social para la Reunión de Ministerios de Salud de las Américas, Santiago, 1972.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL DE VENEZUELA. Servicio Nacional de Salud, Documento General, Caracas, 1972, p. 40.
- OMS/OPS., Las condiciones de salud en las Américas 1965-1968. Recursos Humanos de Salud. Publicación Científica N° 207, Washington, Sept. 1970.
- OMS/OPS., Plan decenal de salud para las Américas. Trabajo presentado ante la II Reun. Esp. Min. Sal. de las Américas, Santiago, 1972.
- VENEZUELA. Oficina Central de Coordinación y Planificación. IV Plan de la Nación. Programación de la salud, Caracas, 1970.
- VILLALOBOS, C. H., Nuevas disciplinas en los estudios médicos Edus. Méd. Salud 5: 269-296, Oct./Dic. '71.
- VILLALOBOS C., H. y Col.: La formación de los profesionales de las ciencias médicas en función del desarrollo de Venezuela. Ponencia presentada ante el II Cong. Méd. Soc., Tema II, Maracaibo, 1972.
- VILLALOBOS C., H.: Formación de los profesionales de salud en función del desarrollo. Ponencia presentada en la VIII Conf. Facs. Escs. Méd. Am. Latina, Tema II. Quito, 1973.
- VILLARREAL, R., Editorial: Problemas y tendencias de la educación médica en la América Latina. Educ. Méd. Salud 3: 259-266, Oct./Dic.

TEMA I

ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL EN AMÉRICA LATINA, ALTERNATIVAS Y TENDENCIAS.

Líneas de Investigación.

Comentario oficial
por RODRIGO YÉPEZ *

Nuestro propósito

No será propósito de este comentario poner de relieve el esfuerzo realizado por Hesio Cordeiro al traer al seno de esta Conferencia el brillante trabajo que hemos escuchado. Su valiosa contribución es evidente por sí misma, pero valga la oportunidad para acreditarla ante este magno auditorio.

Tampoco creemos necesario abundar en consideraciones sobre la intencionalidad y la especificidad que conllevan los conceptos de racionalización de la atención médica (1) y extensión de la cobertura, (2) en los cuales se subsume una de las tendencias actuales de la práctica médica latinoamericana. Apuntemos tan solo que estos conceptos han dado fundamento a una serie de proyectos de reforma (3) que aparecen en nuestros países en la presente década, pretendiendo corregir el curso de otra tendencia que persiste con caracteres dominantes en el escenario de la práctica médica de nuestros países: nos referimos al modelo médico-hospitalario cuya aplicación generalizada condujo a que los sistemas oficiales de salud se capitalicen en exceso (4), determinando que las políticas correspondientes se

* Profesor principal, Facultad de Medicina de la Universidad Católica del Ecuador y Ramiro Estrella y Patricio Espinosa, estudiantes colaboradores de la misma Facultad.

tornen más ineficaces y menos equitativas que cuando fueron formuladas.

Las características de las dos tendencias y en especial de la primera han sido tratadas en forma extensa por el ponente oficial. El agregar otras consideraciones no significaría —a nuestro entender— un aporte para la mejor comprensión del problema.

Procuraremos más bien restringir nuestro comentario a algunos aspectos que merecen una cierta reflexión, los que de ser analizados en las discusiones subsiguientes bien podrían devenir en significativas contribuciones para el trabajo futuro de las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.

Considerando que una manera razonable de comprender el análisis que un autor plantea acerca de cualquier realidad, consiste en tratar de discernir el sustrato teórico en que dicho análisis se sustenta, nos permitimos invitarles a que nos acompañen en un breve peregrinaje por el debatido campo de las relaciones entre medicina y sociedad. Intentaremos, por una parte, precisar los aspectos sobresalientes que marcan la articulación entre las tendencias de la práctica médica con las corrientes filosóficas dominantes en el pensamiento de la época, y, por otra, procuraremos identificar la lógica del análisis contenido en la ponencia oficial.

El punto de partida de la ponencia oficial

El autor señala que su propósito es analizar la naturaleza de algunos movimientos de reforma médica que aparecen en los últimos años en América Latina, principalmente la extensión de la cobertura de atención médica y la racionalización de los sistemas de atención con su correlato de medicina elemental que utiliza tecnología poco sofisticada y personal preponderantemente de nivel auxiliar.

Cordeiro orienta su esfuerzo hacia el establecimiento de hipótesis sobre el sentido de las relaciones entre el estado dinámico de las luchas sociales y de las instituciones médicas e identifica a las mencionadas reformas como movimientos políticos e ideológicos que marcan nuevas relaciones entre medicina y sociedad.

En su trabajo se concentra principalmente en el análisis del contenido de los documentos producidos en las últimas reuniones de los Ministros de Salud de las Américas (análisis de los "discursos institucionales") y establece de entrada dos limitaciones que tiene esta opción para el estudio de la práctica médica latinoamericana: SI SE PARTE DEL ANÁLISIS DE

LOS DISCURSOS INSTITUCIONALES —dice— NO SE PUEDE HACER REFERENCIA A LOS EFECTOS PRÁCTICOS QUE RESULTAN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y ADEMÁS, EL MISMO ANÁLISIS, REALIZADO A NIVEL CONTINENTAL DEVIENE EN SUPERFICIALIDADES. Estos problemas, trata de compensarlos con el estudio concreto de lo acontecido en términos de atención médica en Brasil, México y Chile.

Creemos que las limitaciones que el autor señala son perfectamente válidas y consideramos que el "estudio de casos" si bien no compensa las deficiencias anotadas, representa un esfuerzo digno de tomarse en cuenta. Sin embargo, nos parece que el ponente principaliza limitaciones de carácter secundario y olvida señalar la limitación fundamental: los discursos institucionales, en tanto son reflejo del pensamiento de los sectores a los que representan los Estados latinoamericanos, traen indiscutiblemente impreso un sello de clase; parecería innecesario ahondar en el concepto de que, salvo excepciones, el Estado en nuestros países es un instrumento para consolidar y hacer prevalecer los intereses de los grupos dominantes.

Precisando este aspecto, que representa el punto de partida del trabajo de Hesio Cordeiro cabe entonces señalar algunos elementos de la relación entre medicina y sociedad, alrededor de los cuales el ponente oficial desarrolla su trabajo.

En razón del corto tiempo de que disponemos no haremos otra cosa que destacar aquellos aspectos que nos parecen más sobresalientes a efectos de nuestro comentario, remitiendo a los interesados al importante trabajo que sobre la materia ha realizado Juan C. García (5).

La medicina y el individuo

La corriente teórica que privilegia en sus análisis el papel de la medicina a nivel individual es el funcionalismo. Esta corriente se fundamenta en el positivismo (6). Para el funcionalismo, la medicina no es sino un mecanismo del sistema social encargado de corregir las perturbaciones del funcionamiento "normal" del organismo; el enfermarse es por lo tanto un estado fuera de "lo normal", una situación de desequilibrio, de desadaptación, una desviación individual que debe ser controlada por el médico.

Correlativamente, médico y paciente asumen el papel social que les es asignado en una forma no conflictiva; lo hacen más bien, como elementos que se complementan mutuamente a fin de contribuir a la estabilidad del sistema social. El enfermo acepta, casi sin excepción, el manipuleo que el

médico hace de su propio cuerpo porque "sabe" que tales acciones tienen como finalidad restituirle el equilibrio perdido; el médico, por su parte, asume "con toda autoridad" el rol de restaurador de la salud que en su momento le fue legitimizado por la escuela médica.

Esta forma peculiar de concebir la mutua relación entre los dos elementos reduciendo el fenómeno de la enfermedad al nivel estrictamente individual, anima a toda una corriente del pensamiento y del quehacer médicos que se manifiesta por una característica esencial; el control; da margen al desarrollo preponderante de una sola dimensión en la acción médica; el curar, y, por sobre todo, aísla a la enfermedad de la matriz social que le da origen, impidiendo en consecuencia el que pueda ser entendida como un fenómeno resultante de la distinta ubicación de las personas en la estructura social.

La medicina y la sociedad

En oposición al funcionalismo, autores materialistas consideran a la medicina como un conjunto de prácticas y saberes íntimamente vinculados con la totalidad social y con los elementos supra e infraestructurales que la integran (7). Es preciso reconocer la existencia de dos líneas de pensamiento entre estos autores. Por un lado están aquellos que sostienen que la medicina incide esencialmente en el desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad (8); de otro, los que afirman que la medicina juega más bien un rol fundamental en el campo de las relaciones sociales de producción (9). Los autores ubicados en esta segunda corriente conceden gran importancia a la instancia ideológica y al papel mediatizador que tienen en la sociedad las instituciones y las ideas y puesto que consideran que las relaciones de producción son el elemento dinámico y esencial de la totalidad social, sostienen que la medicina es determinada en última instancia por la lucha de clases; más aún, argumentan en contra de la aparente neutralidad de la ciencia y de la práctica médica, las cuales no son otra cosa, para aquellos, que una función de las relaciones sociales en cuanto instrumento de dominación de clase.

El sustrato teórico de la ponencia oficial

En lo fundamental, el análisis que nos ha presentado Hesio Cordeiro se ubica en la corriente que privilegia la articulación de la medicina con las relaciones sociales de producción, aunque no desconoce el impacto que

aquella puede tener en el desarrollo de las fuerzas productivas de la sociedad. Dentro de este contexto, existen al menos dos cuestiones tratadas en la ponencia que no pueden pasar desapercibidas: "el avance de las clases subordinadas" y "los esfuerzos de conciliación"; a ellas nos referiremos en lo que sigue.

1. El avance de las clases subordinadas

Textualmente leemos en la ponencia oficial lo siguiente: "...es cierto que los proyectos de extensión de cobertura a través de medicina simplificada *representan posibilidades de avance* de las conquistas sociales de las clases subordinadas... el acceso a la atención en salud permite atender las necesidades vitales de alivio del sufrimiento, recuperación de incapacidades y preservación de la vida..."

Es evidente que en estos aspectos la atención médica alcanza un objetivo social de importancia indiscutible. Sin embargo, esto no es todo.

El mismo autor advierte sobre el peligro que entraña el eludir la aparente neutralidad de los proyectos de reforma médica y así dice: "...las tendencias de la práctica médica en América Latina se sitúan en un conjunto de medidas asumidas por el Estado para dirigir el desarrollo capitalista de la región... (y), al mismo tiempo, atienden a funciones de control político de las tensiones generadas por las condiciones de explotación de las masas campesinas..."

Este doble enfoque, que en unos casos presupone el sostener en un nivel mínimo de eficiencia biológica a una mano de obra barata para los campos de la agricultura, de la industria y para el Estado mismo, y que en otros, contribuye a mantener amortiguadas las contradicciones sociales, corrobora el hecho de que el Estado utiliza a la medicina como un instrumento más para mantener la hegemonía de las clases dominantes.

Siendo esto así, nos resistimos a creer que los programas de salud estatales representen posibilidades de avance de las clases subordinadas, a menos que en el concepto de conquistas sociales se esté involucrando la función de apoyo humano que de hecho tiene la atención médica al consolar al afligido y aconsejar al preocupado. Realmente nos parece que si el Estado es un órgano de dominación de clase, es poco razonable que esté impulsando proyectos que vayan a abrir brechas por donde podrían canalizarse los esfuerzos de liberación de los grupos no privilegiados; ni siquiera las concesiones que el Estado hace a las clases subordinadas en ciertas situaciones coyunturales apuntan en esa dirección.

Lo que verdaderamente es cierto es que el Estado “*se declara*” como el reivindicador de las más caras aspiraciones populares y que los proyectos que giran en torno a las propuestas de extender la cobertura de atención médica a toda la población “postulan” el derecho a la salud como algo inherente a las necesidades humanas.

Sin embargo, en la realidad, los hechos están demostrando que tales declaraciones y tales postulados pertenecen al terreno de la perfecta utopía. Si no, detengámonos un momento para observar lo que acontece en el campo de las relaciones de la medicina con la esfera de la producción. Dos ejemplos vienen al caso.

a) *El impacto de las defunciones prematuras de los trabajadores*

A primera vista resulta lógico suponer que si el Estado es el encargado de velar por la salud de toda la población, haría todo esfuerzo, todo sacrificio si se quiere, por impedir la muerte prematura de los ciudadanos, sobre todo si éstos aportan con su trabajo para mantener la economía del país y garantizar el desarrollo. Eso es tan obvio que a pocos se les había ocurrido pensar que *la muerte prematura de un trabajador solamente sea motivo de preocupación de quienes detentan el poder económico, en el caso de que prevenirla contribuya a evitar un descenso de la producción.*

Uno de los organismos crediticios internacionales (10) dice a este respecto: “...la mortalidad prematura puede no imponer por sí misma un costo económico... si la mala salud resulta en la sustitución, *sin ningún costo*, de los trabajadores fallecidos por trabajadores desempleados sanos, puede que no se registre un descenso en la producción”.

He aquí como las consideraciones morales sobre el valor de la vida humana, las declaraciones acerca de la salud como derecho universal inalienable, pasan a ocupar un lugar secundario, en la medida en que se subordinan a los intereses del capital.

Pensamos que criterios sui generis como el que acabamos de citar, deben estar formando parte, en alguna medida, de las políticas de salud y de los correspondientes programas en países que como los nuestros tienen precisamente altos índices de desempleo.

b) *El impacto del ausentismo laboral*

El ausentismo por enfermedad es otro fenómeno que interesa a las esferas que controlan la producción. “La morbilidad de la fuerza laboral que causa

ausentismo del trabajo puede tener un mayor impacto económico (que las muertes prematuras)...” dice la misma institución prestataria citada anteriormente y agrega: “...incluso en condiciones de desempleo elevado, la sustitución temporal de los trabajadores ausentes es probable que resulte en pérdidas de producción... (y) si a la enfermedad se suma la malnutrición, los efectos deletéreos inciden no solo en la producción, sino que disminuyen también la productividad de la capacitación, el menoscabar la capacidad de aprender” (11). Como se observa, preocupa a los grupos dominantes la pérdida de energía, de vigor, de capacidad de concentración de los trabajadores, en la medida en que estos hechos impiden una mayor acumulación de capital. Se explica entonces porqué los sectores empresariales, en íntima colaboración con el Estado, deciden ofrecer servicios “gratuitos” de atención médica a sus trabajadores; se explica porqué el mismo Estado es el que “obliga” a los empresarios a instalar tales servicios en la misma sede de sus industrias; porqué se ofrecen programas de suplementación alimenticia a los trabajadores, y porqué, cuando el caso lo indica, se ejecutan ambiciosos programas de control y erradicación de enfermedades. ¿Todo esto, “para proteger al trabajador”? Creemos que en apariencia sí, pero en esencia no, puesto que el efecto neto es una reducción en el ausentismo, mayor explotación de la fuerza de trabajo y pingües beneficios económicos para el sector patronal.

En conclusión, no se dan al abrigo de los novísimos proyectos de reforma médica, posibilidades reales de avance de las clases subordinadas; por el contrario, tales proyectos apuntan más bien a convertirlas —como bien lo anota el propio autor— en un cuerpo domesticado y dócil, sin antagonismos ni luchas, sin contradicciones y dedicado únicamente a colaborar en forma eficiente con los técnicos de los organismos de salud.

Este asunto nos conduce a comentar el segundo aspecto de la ponencia considerada por el autor como “la cuestión central”.

2. *Los Esfuerzos de Conciliación*

Al definir su compromiso histórico, Cordeiro hace una proposición expresada en los siguientes términos: “La cuestión central —dice— es cómo conciliar una participación creciente de los grupos sociales subordinados con la tecnoburocracia estatal que concentra y centraliza cada vez más el poder, en coyunturas en que predomina la coerción sobre el consenso”.

Lamentamos discrepar con el alcance y contenido de esta proposición. Creemos que la cuestión central no es conciliar, puesto que todo esfuerzo

orientado en ese sentido se subordinaría a los nuevos proyectos de instauración de la hegemonía de las coaliciones dominantes. Participamos más bien del criterio de que serán las propias masas oprimidas de la América Latina las que han de elaborar, en forma autónoma, el proceso histórico de su liberación, generando sus propios intelectuales orgánicos y abriendo cauces hacia una medicina auténticamente popular.

La medicina popular y la formación de personal

Este es un aspecto muy brevemente tratado por el ponente oficial pero que nosotros deseáramos destacar en el seno de esta reunión dadas las implicaciones inmediatas y mediatas que tiene para las Facultades de Medicina latinoamericanas.

Las nuevas tendencias de la práctica médica presuponen naturalmente la formación de personas con un adiestramiento que responda a los objetivos de la medicina simplificada.

Las proposiciones sobre la formación de un trabajador de salud comunitario (12), de un trabajador de promoción de la salud (13) y de un administrador de la salud no médico apuntan claramente en esa dirección.

Tales proposiciones corren paralelas con otras que emanan de las propias escuelas médicas y de varios certámenes de alcance nacional e internacional.

Se dice, por ejemplo, que "el nuevo médico" latinoamericano debería ser una persona que conozca más de enfermedades infecciosas y menos de enfermedades degenerativas; que sepa más de epidemiología y de promoción de la salud comunitaria y menos de Anatomía y Fisiología; que sea capaz de realizar cirugía de emergencia con equipo limitado pero que también tenga conocimientos de agronomía, del valor nutritivo de los alimentos y del papel de la ganadería en la vida rural (14). En todo caso, se afirma que la formación de un profesional con estas características deberá hacerse en un número reducido de años.

Conocemos que en varios países latinoamericanos se están emprendiendo reformas, tanto al exterior de las escuelas médicas como al interior de ellas, para proveer el personal que requieren los programas de extensión de la cobertura de atención médica.

En el Ecuador por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública auspicia todo programa de formación de trabajadores de salud, a nivel auxiliar, intermedio o superior que responda, aunque sea en parte, a los propósitos de los proyectos de reforma médica. No es el momento para comentar

sobre los pocos éxitos logrados y los muchos fracasos cometidos en esta situación particular. Tan sólo y con el objeto de ilustrar el criterio de ustedes acerca de la tendencia prevalente, vale la pena hacerles conocer que el internado rotatorio, hasta hace poco restringido en nuestro país a los grandes hospitales de las principales ciudades, se extendió en los últimos meses a todo el territorio nacional, involucrando aún pequeños centros hospitalarios, en lo que se denominó el "internado prerrural". Sin supervisión adecuada, el internado prerrural se convierte en una especie de "antesala" al subsiguiente ejercicio, no supervisado, y también obligatorio, de la medicatura rural. Ambos programas son financiados, casi en su totalidad, por el Ministerio de Salud, el cual así promueve que el médico ecuatoriano participando en las actividades del desarrollo rural, se convierta en "un agente activo en la promoción de la salud comunitaria", según los dictados e intereses del Estado.

Seguramente en otros países de la América Latina las experiencias han ido mucho más allá. Nosotros no quisiéramos aventurar opiniones al respecto, pero sí quisiéramos plantear ante esta Conferencia la necesidad de realizar una investigación y un análisis muy crítico sobre estos aspectos, tal vez a la luz de recomendaciones generadas en el seno de la propia UDUAL.

Varios de los presentes recordarán la siguiente conclusión que emanó de una de las Conferencias anteriores (15):

"Se debe estudiar la conveniencia de reducir los años de formación del médico latinoamericano y la creación de otro tipo de profesional de la salud que en corto tiempo sea capaz de interpretar los grandes problemas socio-biológicos, asignándole funciones de diagnóstico y tratamiento. Todo ello en consecuencia con las necesidades apremiantes de ampliar la cobertura de los servicios de salud actualmente existentes".

Se nos hace muy difícil pensar cómo un tipo de profesional de salud formado en corto tiempo pueda alcanzar las metas que se proponen en esta declaración y mucho más difícil todavía nos resulta concebir cómo los cambios en los programas de formación del personal de salud, fundamentados en planes de estudios contrahechos y simplificados, vayan a asegurar la prestación de servicios médicos de la más alta calidad a toda la población.

En varias oportunidades y desde hace varios años hemos escuchado que un cambio de enfoque en los planes de estudio desde el punto de vista curativo hacia el preventivo sería una solución acertada que permita formar nuevos profesionales más acordes con "las necesidades nacionales".

Dudamos mucho que la formulación de políticas educativas fundamentadas en principios preventivos y la correlativa reformulación de los diseños cu-

rriculares, hayan sido medidas conducentes para lograr modificaciones en el terreno de la práctica médica orientadas a superar, por ejemplo, el concepto que vincula el acto médico con la ecuación: bienestar = compra de un producto.

¿Será tal vez que estas políticas de prevención deben formularse en el propio terreno de la práctica médica? Si así se hace, ¿cuáles serían los mecanismos para transformar la lógica de la producción capitalista en el campo médico? Cómo lograr que la población privilegie la utilización de bienes colectivos preventivos y que deseché simultáneamente *el consumo masivo* de “drogas milagrosas”, de “vitaminas salvadoras”, de afrodisíacos estimulantes, tranquilizantes y de toda una farmacopea sui generis que es “el núcleo estructural del intercambio terapéutico, mediatizado por los cuidados y el dinero, la prescripción y los honorarios” (16).

¿Hasta dónde, señores delegados, una medicina al servicio del pueblo y por lo tanto científica puede darse a través de cambios en los esquemas de formación del personal de salud? ¿O será más bien, la desaparición del capitalismo —como lo postula Polack (17)— la condición *sine qua non* para alcanzar una medicina auténticamente popular?

Referencias

- (1) El proyecto de racionalización de la atención médica surge del diagnóstico de inadecuación, retraso, incompetencia gerencial y financiera del sector, en razón de lo cual se propone una nueva racionalización en la organización y funcionamiento de la atención médica que lleve al interior del sector salud, la lógica del funcionamiento del sistema económico; criterios objetivos de decisión; análisis de costo-beneficio; control de la productividad y una política racional de inversiones.
- (2) El proyecto de extensión de la cobertura de atención médica pretende proveer de servicios de salud a los grupos poblacionales rurales dispersos y urbanos marginales que en la actualidad no reciben atención. Se estima que son aproximadamente 120 millones de latinoamericanos los que están al margen de los sistemas de atención médica. Se propone que los proyectos dirigidos a incrementar la cobertura de atención formen parte integrante de los programas de desarrollo regional, de los “polos de desarrollo” y de las áreas en que se realicen programas de estímulo a la producción de alimentos.
- (3) La extensión de la cobertura y la racionalización de la atención médica no sólo que hacen parte de un proyecto de incorporación de nuevos contingentes poblacionales a la fuerza de trabajo de producción de bienes materiales, sino que ligándose a otros conceptos, como “el derecho universal a la salud” se transforman en proyectos nacionales

que garantizan (en apariencia) una unidad política y social sobre la cual se sustenta un Estado “representante de todos los ciudadanos”.

La participación comunitaria es otro elemento que se articula con los anteriores. A fin de “aprovechar el inagotable potencial de la población” se propone que sean los mismos desocupados del campo y las ciudades quienes deban colaborar como mano de obra en el sector salud... “canalizando de este modo sus inquietudes (?) (la interrogación es nuestra) hacia actividades de verdaderos servicios sociales”.

La modernización administrativa apunta también a lograr la representación de los “consumidores de servicios de salud” en los centros de decisión, en un esfuerzo por coordinar y reforzar las tareas de las agencias gubernamentales.

- (4) Se gasta demasiado en hospitales, en equipos sofisticados y en personal hospitalario altamente especializado; se limita hasta el absurdo la utilización de los fondos gubernamentales solamente para la construcción de nuevos hospitales o para ampliar los existentes, a sabiendas de que gran parte de los costos ordinarios de hospitalización son esencialmente costos de “hotel” y a sabiendas también de que la gran mayoría de las enfermedades más comunes —gastrointestinales, respiratorias— pueden tratarse eficazmente sin necesidad de hospitalización.
- (5) Nos referimos a un documento mimeografiado denominado “Medicina y Sociedad” en el cual el doctor García hace una exposición en profundidad y un análisis crítico acerca de las tesis existentes sobre el significado de la medicina.
- (6) “Positivismo: corriente filosófica que se desarrolla a mediados del siglo XIX y que renació con el nombre de neopositivismo en el siglo XX. El positivismo, según Michael Lowy está fundado en dos premisas esenciales: a) la sociedad puede ser epistemológicamente asimilada a la naturaleza; en la vida social reina una armonía natural; y b) la sociedad está regida por leyes naturales, es decir, por leyes invariables, independientes de la voluntad y de las acciones humanas”. (J. C. García: *op. cit.*)
- (7) En esencia, en una totalidad social se reconocen: 1) la infraestructura —base económica— constituida por las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción; 2) la superestructura en la que se identifican la instancia jurídico-política y la instancia ideológica.
- (8) En el concepto “fuerzas productivas de la sociedad” se involucran: por un lado, el trabajo humano y por otro, los instrumentos de que el hombre se sirve para la producción. “Los autores que privilegian la articulación de la medicina con las fuerzas productivas (Stern, Terry, Sigerist) se apoyan en tesis desarrolladas por el Engels maduro. La declinación de la morbilidad y de la mortalidad no se debe, según los epidemiólogos que siguen esta corriente, solamente a la acción médica, sino que a ella contribuye el desarrollo de las fuerzas productivas; los instrumentos, en consecuencia, aparecen en

esta corriente jugando un papel fundamental en el progreso social".
(J. C. García: *op. cit.*).

- (9) Las relaciones sociales que se establecen entre los hombres en el proceso productivo, corresponden al concepto de "relaciones de producción" en cuyo interior se destaca a su vez, con caracteres muy nítidos, el concepto de "propiedad de los medios de producción". La diferente ubicación de los hombres en el proceso productivo (i.e. la propiedad o no de los medios de producción) determina su ubicación en clases sociales distintas. Varios autores se ubican en la corriente que privilegia la vinculación de la medicina con las relaciones sociales de producción. Entre ellos, cabe destacar a Polack, autor del libro denominado "La Medicina del Capital".
- (10) Banco Mundial: Salud. Documento de Política Sectorial, 1975, p. 30.
- (11) Banco Mundial: Salud. Documento de Política Sectorial. 1975, pp. 30-31.
- (12) Así considera el Banco Mundial que debe caracterizarse el "trabajador de salud comunitario":
 1. Podría ser hombre o mujer;
 2. Podría ser un viejo curandero, una partera tradicional o un joven graduado de la escuela primaria;
 3. Podría ser alfabeto o analfabeto;
 4. Podría desempeñar otro empleo;
 5. Debería ser seleccionado por la comunidad;
 6. Su formación consistiría en lo siguiente:
 - 6.1. breve adiestramiento en el tratamiento de las enfermedades más comunes;
 - 6.2. formación muy limitada en técnicas clínicas;
 - técnicas elementales de cuidados maternos e infantiles.
 - Atención de partos.
 - Control de crecimiento de los niños.
 7. Sus labores principales serían éstas:
 - 7.1. organizar sesiones maternas para alimentar a los niños y para impartir educación sobre nutrición a las madres;
 - 7.2. llevar a cabo vacunaciones;
 - 7.3. fomentar la planificación familiar, y
 - 7.4. organizar las actividades comunitarias en el campo de la salud ambiental, abastecimiento de agua y servicios sanitarios.
 8. Su formación podría lograrla, bien asistiendo al programa durante dos semanas seguidas, o bien concurriendo una vez cada quince días por un período de seis meses.
- (13) El "trabajador de promoción de salud" respondería a las siguientes características:

1. Sería un egresado de la escuela primaria o mejor de la secundaria;
 2. Trabajaría en régimen de jornada completa;
 3. Su adiestramiento consistiría primordialmente en tecnología sanitaria y de abastecimiento de agua;
 4. Tendría nociones elementales de sociología médica y medicina tradicional;
 5. Se le enseñarían también algunas técnicas clínicas;
 6. Su programa de formación duraría de 18 a 24 meses;
- (14) Partiendo de la "Alocución ante la 27ª Asamblea Mundial de la Salud" realizada por el Director General de la Organización Mundial de la Salud, y al referirse a la "Reforma de los Servicios de Salud", el Banco Mundial hace las proposiciones que se resumen en el comentario.
(véase; Banco Mundial: *op. cit.* pp. 51-53).
 - (15) UDUAL; Memorias de la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, Quito, 1973, pp. 381-382.
 - (16) García, J. C.: *op. cit.*
 - (17) Polack, J. C. La Medicine du Capital, Maspero, París, 1971.

SEGUNDA SESIÓN PLENARIA

Lunes 21 de noviembre de 1977

16:00 hs.

ACTA DE LA SEGUNDA SESIÓN PLENARIA, REALIZADA
EL DÍA 21 DE NOVIEMBRE

A las 4:00 P. M. y' bajo la presidencia del doctor Dagoberto Espinoza se dio comienzo a la reunión con la lectura de la Ponencia del Tema II: La Interacción entre la Comunidad y la Universidad en el Proceso Educativo, por el doctor Fernando Sánchez Martínez.

Concluida que fue la lectura, se dio un receso.

La sesión se reinició bajo la presidencia del doctor Carlos Moro G., Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Se procedió a la lectura de los Comentarios, interviniendo en primer lugar el doctor Manuel Sirvent, representante de México. En segundo lugar intervino el doctor Tirso Victoriá, representante de la República Dominicana.

Antes de iniciarse el período de discusión en lo general, el Presidente doctor Moro recordó a los asambleístas la necesidad de inscribirse en el Tema de referencia para integrar los grupos de discusión.

Nadie se anotó en el uso de la palabra, en vista de lo cual el Presidente dio por terminada la Sesión Plenaria de la tarde.

En relación al Comentario del doctor Vasco, de Colombia, manifiesta no estar de acuerdo con él cuando dice que la propuesta cubana que se aplique en la medida que sea posible el sistema de salud y educación de Cuba a los países latinos, considerando que la contribución es valiosa en efecto.

Se cierra la inscripción para intervenir.

Se concede el derecho de palabra al doctor Juan César García, representante de la OPS. Dice que conoce bien los diferentes aspectos de la revolución cubana y particularmente lo que atañe a la salud y a la educación, que puede servir de ejemplo y ser tomado por otros países en la medida de sus posibilidades.

El doctor Hesio Cordeiro se manifiesta en el mismo orden de ideas formulado por el doctor Juan César García. Añade algunos comentarios de carácter general.

El doctor Otto Menéndez, de Guatemala, hace un comentario a la Ponencia cubana sobre los aspectos científicos que avalan la misma y hace algunos señalamientos en el campo de la Odontología.

La sesión se levanta después de algunas informaciones generales por el secretario.

TEMA II

LA INTERACCIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO

Por:

GUAROCUYA BATISTA DEL VILLAR
JOSÉ GARCÍA RAMÍREZ
MAGÍN DOMINGO PUELLO
FERNANDO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
BLANCA O. GARCÍA VDA. P.
DAGOBERTO TEJEDA ORTIZ

PRESENTACIÓN

El desgaste creciente del sistema social vigente en nuestros países, obliga necesariamente a la búsqueda de nuevos mecanismos de dominación y una mayor racionalización para el afianzamiento de la dependencia por parte del centro hegemónico; a su vez hace necesario el surgimiento de un proceso de contestación y de lucha por parte de los países dependientes que están empeñados en la construcción de su destino.

Este fenómeno tiene que ser el punto de partida para la comprensión de lo que está sucediendo hoy en día en nuestros países a todos los niveles. Por eso, una redefinición de la Universidad en cuanto a función y contenido, así como el sector de salud, tiene que tener esto como referencia de análisis, salvo la intención manifiesta de obtener un resultado parcial y subjetivo.

* Rector de la UASD; decano de la Facultad de Ciencias Médicas, y profesores de la misma Universidad.

Tal ha sido el marco general para la realización de este trabajo, sobre la "Interacción entre la Comunidad y la Universidad en el Proceso Formativo". Ha sido también intención nuestra particularizar lo menos posible y realizar planteamientos generales que generen especificidades en su lectura con referencia a experiencias, al igual que en las discusiones colectivas de esta Conferencia.

I. UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD: CORRELACIÓN HISTÓRICA

La Universidad como conceptualización y como institución es una realidad contingente. Esto quiere decir que la Universidad no ha existido siempre en la sociedad, sino que incluso, nace en un momento dado, en sociedades concretas, atendiendo a condicionamientos específicos. La Universidad, pues, se ha ido articulando y conformando con particularidades locales en momentos concretos de una cronología histórica.

Por estas razones, la realidad que podemos identificar como Universidad en la actualidad en las diferentes sociedades donde existen, no es más que la expresión de la totalidad de esa sociedad atendiendo a variables de carácter interno y externo, general y particular, local y universal.

La explicación de esa dinámica histórica (Universidad-Sociedad) se explicita en dos perspectivas:

- a) Aquella que describe los cambios y sus diferentes modalidades con una óptica parcial en la cual la Universidad acusa un carácter fenomenológico dentro del sector privilegiado y "autónomo" de la totalidad social de la Educación.
- b) Aquella que describe los cambios dentro del sector Educación pero correlacionando a éste con la totalidad de la estructura social; es decir, que manteniendo sus leyes internas, su realidad no es más que el producto de la interrelación de los diferentes sectores de la sociedad.

En el primer caso, el análisis se vuelve para sí, se consume en sí, para resumirse en una descripción de sí, perdiendo la riqueza de la totalidad, lo cual será un obstáculo para la comprensión objetiva en correspondencia con la realidad. En el segundo caso, por el contrario, el análisis gana una categoría sociológica, una dimensión socio-económica, un contenido político-ideológico, que permiten detectar las raíces del fenómeno.

En consecuencia de esta realidad metodológica es posible entonces poder

determinar cuándo, por qué y para qué surgen las Universidades en las sociedades. En el contexto del llamado "mundo occidental", Europa es el modelo de referencia obligatorio para el análisis de la correlación Universidad-Sociedad donde se pueden identificar perfectamente líneas particulares y puntos de partidas académicas-histórico-sociales, que dan connotaciones de trascendencia y de riqueza a la discusión en cuestión.

En una sociedad Europea de economía de subsistencia, de simple organización social donde no existe la propiedad privada ni la división de clases sociales, en un estadio donde las fuerzas materiales existían en niveles de complejos, la transmisión tecnológica y cultural se realizaba en un proceso de socialización que descansaba en la familia, en el clan, a través de una mediación de carácter oral en condiciones ágrafas.

En esta sociedad donde la práctica social no conocía la división de lo intelectual y manual, de lo teórico y lo práctico, dadas las condiciones de subsistencia, no había necesidad de instituciones como la Universidad. Pero cuando esta sociedad se modifica a consecuencia de una organización estructural, donde se ha producido un desarrollo complejo de sus fuerzas materiales, donde se ha dado una división de trabajo debido a una división de clases y división en el uso y la pertenencia de la propiedad y el complejo desarrollo tecnológico-científico hacen imposible su transmisión en base a la socialización familiar y clánica; surge la necesidad de organizar instituciones extra-familiares, formales, generadores y transmisores de conocimientos capaces incluso de ser matrices para la difusión de la "cultura" y la ciencia.

La escuela y posteriormente la Universidad surgen entonces como necesidades estructurales para la "producción y difusión de la cultura", formar los recursos humanos necesarios para responder a las necesidades tecnológicas, profesionales y científicas en el sector económico, político y social. La Universidad pasará a reproducir la visión del mundo de la clase en el poder y reproducirá el modo de producción dominante.

La "Universidad" surge de esta manera como la cúspide de racionalización en el campo de la educación en correspondencia con el modo de producción social dominante. La Universidad perderá su "pretendida inocencia" para acusar una función incluso que trasciende el campo académico-científico como es el político. La Universidad va a generar el producto más apreciado para el sistema, ya que la élite allí formada pasará a desempeñar los puestos-élite decisivos de esa sociedad a nivel económico, político, social, cultural y religioso.

En la óptica europea la comprensión de la evolución en cuanto a concep-

tualización, contenido, estructuración y función de las Universidades a partir de la Edad Media debe hacerse en relación a la conformación del modo de producción capitalista, de tal manera que las modalidades que explicitan las Universidades en este proceso son el producto de la configuración del capitalismo como sistema dominante en "occidente" y de las particularidades locales en cuanto a nivel de desarrollo de los diferentes países.

Para nosotros los latinoamericanos, la explicación de correlación Universidad-Sociedad en la perspectiva metodológica con la cual nos identificamos en este trabajo es válida en sus generalidades, pero su análisis correcto debe hacerse tomando en cuenta las características de nuestro proceso de formación histórica como sociedades dependientes en un estadio desigual de desarrollo dentro del capitalismo en relación a su centro matriz y hegemónico en su expresión imperialista.

Y esto porque, quiérase o no, la totalidad particular es más comprensible en nuestro caso, cuando ella es situada en la totalidad latinoamericana y es considerada en su relación de metrópolis-periferia. Así surgen allí las explicaciones de carácter externo decisivas en la estructuración tipológica, ya que "las formaciones sociales latinoamericanas son específicas, pero forman parte del proceso histórico mundial de la expansión del capitalismo. América Latina es incorporada como área "periférica" en ese proceso, pero no reproduce los fenómenos de las naciones "centrales" sino que experimenta el surgimiento de formaciones socio-económicas específicas, caracterizadas por su dependencia. Estas formaciones socio-económicas dependientes derivan su especificidad, por tanto, de dos fuentes: por un lado, de las leyes del desarrollo del sistema capitalista internacional (principalmente de las características de su centro dominante) y, por otro, de las condiciones internas propias del país dependiente".

"La categoría dependencia expresa la relación entre los países periféricos y los centrales dentro del sistema capitalista internacional. Esto se concibe como una totalidad estructural: las conexiones que los países dependientes establecen con el centro hegemónico implican una relación de dominación-subordinación. La importancia creciente en estas relaciones de las llamadas transnacionales sugiere que el sistema deberá considerarse en el futuro más que como integrado por relaciones entre países o regiones, como integrado por una estructura supranacional".

"La dependencia no es, pues, una "causa eficiente" de la formación social dependiente; más bien es una connotación, una referencia a la matriz de relaciones con el centro hegemónico, que presta su especificidad a todos

los fenómenos y procesos observables en la formación social dependiente. Esa matriz dominación-subordinación condiciona los procesos sociales históricos, de modo que la evolución del capitalismo se lleva a cabo de una manera específica como un capitalismo dependiente. El concepto dependencia, por tanto, no viene a ser una variable adicional, sino que constituye una perspectiva distinta que obliga a reinterpretar globalmente el subdesarrollo. Esto no es un estadio de "atraso" respecto a las sociedades desarrolladas, que pueda ser superado linealmente, mediante la imitación del proceso seguido por esas sociedades, sino una condición estructural, necesaria para explicar el desarrollo de los países avanzados".

"La referencia a la dimensión dependiente no implica que los procesos observables en el interior de cada sociedad dependiente deban explicarse por una vinculación directa causal con los procesos que ocurren en el centro del sistema. Dentro de su propia evolución, con sus propias características, dichos procesos van expresando las leyes del desarrollo capitalista. En consecuencia, la teoría de la dependencia se propone en primer término descubrir las leyes de este modo de producción y de su superación. Tratará por tanto, de analizar las variables observables en sus elementos infra-estructurales, asumiendo que éstos tendrán características propias".

Pero como no se da el mecanismo en términos de las determinantes, hoy está aceptado el espacio de la relativa autonomía de la superestructura. Y aunque la superestructura tiene por misión la reproducción del modo de producción dominante, al gozar de una cierta autonomía permite la existencia de espacios que tienen posibilidades de ser mediaciones de cuestionamientos que facilitan respuestas de superación.

De aquí, que aunque la estructuración de la Universidad tiene una correspondencia con la estructura social no está destinada a ser una realidad mecánica, sino que por el contrario la Universidad tiene posibilidades que le permiten "asomos" y "tentativas" que son la contradicción de esta relación, dependiendo de situaciones, coyunturas y estructuras aunque en grados relativos.

La comprensión de esta realidad es la que lleva a una comprensión y a una redefinición de la Universidad en el contexto latinoamericano desde el momento en que se asume conciencia de la dependencia. La Universidad podría pasar a ser la fragua que permite la formación de profesionales con herramientas científicas de comprensión social, y elaboración de un pensamiento que dé trascendencia a la lucha de superación de la dependencia, pretendiendo incluso como ideal que ella se pudiera convertir en "generadora de autonomía nacional".

Es dentro de la asumida de conciencia de la dependencia y la liberación nacional que la Universidad latinoamericana debe hoy redefinir su papel en cuanto a centro generador de conocimientos y formador de recursos humanos.

II. SALUD, MEDICINA, UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD

La transformación de la naturaleza, de los bienes materiales en productos útiles para satisfacer las necesidades humanas, los medios que utiliza el hombre para esto y cómo se distribuye lo producido, constituye el aspecto fundamental que nos permite comprender las características básicas de cualquier sociedad. La forma histórica en que se realiza la producción y las relaciones que establecen los protagonistas de este proceso, definirán las modalidades que explicitarán una sociedad históricamente considerada dentro de una formación social específica. En el modo de producción capitalista donde la posesión de los medios de producción por parte de una clase social en perjuicio de otra, se configurará en base a la explotación, castrando las capacidades creadoras del hombre e imposibilitando su realización humana mediante la utilización de todas las formas posibles de dominación.

Es dentro de esta perspectiva dialéctica: dominación-liberación, que ha de concebirse el análisis de cualquier sector de una sociedad en el modo de producción capitalista.

Las relaciones de poder entre los dominados y dominantes, la lucha de clases para este análisis no debe estar enmarcada en el sector objeto del análisis, sino en la referencia de la totalidad en su connotación histórica.

Para nosotros, el análisis del sector salud no es una excepción a estas consideraciones. Por el contrario, su comprensión debe abarcar sus características internas en cuanto a formación, ejercicio, producción, atención, división de trabajo, valorización, etc., pero también en su nivel externo en cuanto a su función como sector en la articulación estructural de la sociedad.

El sector salud, generará un saber "oficial", una respuesta formal explicitada en recursos humanos dentro de un ejercicio profesional con normas, valores, actitudes formales. La estructuración de un "cuerpo teórico", de un marco conceptual, de concepciones racionalizadas "científicas", completarán los aspectos inmediatos fundamentales.

Incluso, la reproducción mitológica será una necesidad estructural para la no demarcación entre el enunciado y la realidad, lo ficticio y lo verdadero, lo real y lo aparente. Por ejemplo, se enunciará la Medicina como un bien

para beneficio de todos los hombres, pero en la práctica se convertirá en una Medicina para beneficio de una minoría, de una élite.

En un modo de producción capitalista, el sector salud tendrá como objetivos básicos:

- a) Dar salud a la clase dominante en los niveles más óptimos posibles.
- b) Mantenimiento de la vida de los trabajadores para garantizar capacidades de producción, de la mano de obra necesaria para el aumento de la productividad.
- c) Mediación de dominación mediante la alienación de sus agentes y el amortiguamiento de las contradicciones a través de acciones ilusorias y reales curativas.

En el modo de producción capitalista, la Medicina, pues, será una Medicina de clases, una Medicina concebida como valor de cambio. Se convertirá en una mercancía, privilegio de los poseedores de los medios de producción. De tal suerte, que la Medicina como "actividad profesional científica" será una mediación para obtener bienes, sinónimo de poder en la sociedad capitalista. En consecuencia, se desarrolla una Medicina individualista, de explicación causalbiológica, curativa. Dominará la Medicina de la enfermedad, por encima de la Medicina de la salud, razón por la cual sólo interesará el hombre enfermo, generador de "trabajo" y por lo tanto de dinero y lucro.

La articulación del sector salud implica necesariamente la dedicación de recursos humanos especializados, armados con conocimientos y adiestramientos, destinados a ser los responsables de la dinámica de una praxis social definida en función de una profesionalización atendiendo a la división del trabajo social y un conocimiento formal u oficial, en contraposición a las respuestas empíricas que elaboran las poblaciones ante los desafíos de la salud.

En el modo de producción capitalista actual en el contexto latinoamericano, vamos a encontrar un conocimiento oficial y una práctica profesional de correspondencia con este modo de producción y las relaciones que allí se protagonizan como fotocopias defectuosas de la metrópoli. Vamos a encontrar una "práctica médica profesional" explicitada en las dependencias estatales destinadas al consumo del "público en general", las de seguridad social para exclusividad de una parte de la fuerza productiva organizada y la "privada" para el uso de la minoría privilegiada con capacidad de comprar los servicios de atención médica en sus mayores niveles de especialización.

La práctica médica profesional estatal se define a partir de una racionalización de la organización de la sociedad donde el Estado asume una creciente y decisiva participación en la organización y racionalización de la sociedad. La necesidad de conservar fuerza de trabajo en condiciones de producción así como la acción reivindicativa de una acción política por parte de los oprimidos obligan al Estado a organizar atenciones de salud para la población en general y el sector obrero en particular. La práctica profesional en cuanto a la atención médica se articulará institucionalmente en el hospital como unidad básica y los "consultorios" y "clínicas rurales" como referencia, donde la práctica médica se considerará básicamente como una unidad de análisis colectiva.

Por un lado, el desarrollo histórico de algunas de nuestras sociedades latinoamericanas nos ha demostrado que las modalidades y la relevancia de la atención médica ha obedecido a las prioridades de acciones y de los intereses de los opresores en la estructuración de la sociedad. El desarrollo histórico ha ido definiendo los modelos de atención médica desde la acción sanitaria enmarcada en los centros productivos básicos, las acciones curativas, las preventivistas, hasta las comunitarias.

Junto a estas prácticas profesionales de carácter colectivo estatales y de seguridad social en la atención médica vamos a encontrar la "práctica privada" destinada al uso de los sectores con capacidad de consumo a su nivel más complejo, la cual en algunas formaciones sociales se constituye como la práctica médica dominante.

Un análisis profundo de la atención médica y de la práctica profesional nos llevaría a definir su incidencia en los contextos "rurales-urbanos"; su concentración en los centros productivos, la división de trabajo interna, la valorización y las jerarquizaciones que se articulan así como las modalidades de cobertura en estos sectores, los cuales nos darían las dimensiones de comprensión para definir la correspondencia del modo de producción, relaciones de producción y práctica médica profesional.

Esta práctica profesional en función de la atención médica genera un saber oficial que se desarrolla a nivel de especialización con carácter científico pero parcializado en relación al enunciamiento y comprensión de la totalidad, lo cual se enmarca como mediación de alienación desde el momento en que el conocimiento se ideologiza y pasa a ser coherente con la formulación teórica de la concepción del mundo de la clase dominante.

La práctica médica así como su saber oficial se define en su correspondencia con el modo de producción dominante, las relaciones de produc-

ción existentes y las características históricas de la formación social en cuestión. Y es aquí, donde debemos considerar el fenómeno de que la existencia y reproducción de este recurso humano definido como médico exige un centro especial de formación. En nuestro caso, este proceso educativo lo realiza la Universidad. La Universidad pasará a tener entonces como una de sus funciones básicas la formación del médico dentro del campo de la salud. La Universidad, dentro de la óptica del dominante, debe formar un recurso humano eficiente, perfeccionado a su mayor grado científico-tecnológico, pero reproductor del modo de producción dominante, defensor del "orden" social vigente,

Entendido el fenómeno de esta manera, comprendemos entonces la relación de la Universidad y la sociedad, de formación de médicos y del modo de producción imperante.

III. INTERACCIÓN DE LA UNIVERSIDAD-COMUNIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO: COYUNTURAS ESTRUCTURALES Y LA FORMACIÓN MÉDICA EN AMÉRICA LATINA

El análisis de la interacción entre la Universidad y la Sociedad en nuestra América Latina no puede realizarse de forma lineal, mecánica y ahistórica. Por el contrario, aunque se den líneas generales comunes, se perciben grados dentro del parámetro en cuestión, permitido por las contradicciones estructurales y coyunturales del sistema social dominante en nuestros países, con excepción del contexto cubano donde se desarrolla otro parámetro diferente.

Para el interés de esta Conferencia, nos interesa analizar la interacción que se da entre las unidades formadoras de recursos humanos de salud y la comunidad en este momento.

Para ser consecuente con nuestro marco teórico-metodológico, tomando como referencia a la América Latina, este análisis debe realizarse en función del modo de producción dominante, es decir, en relación a la estructura social existente y las características de las relaciones de dependencia entre el centro y las metrópolis.

En este sentido podemos considerar que en Cuba, la relación entre la Universidad (en este caso las Escuelas de Medicina) y la comunidad desarrollan un modelo que no puede realizarse en ningún otro país de América Latina, dado el sistema social allí vigente.

Los objetivos en el campo de la salud, la concepción sobre salud-enfermedad, la práctica médica existente, la estrecha relación entre las institu-

ciones responsables por los servicios de salud y las formadoras de los recursos humanos, etc., son variables que obligan a una relación profunda entre la Universidad y la comunidad. El sistema social cubano de la actualidad, hizo posible una real redefinición de la Universidad en la sociedad, de las funciones de la Medicina y de la responsabilidad del médico.

Con el objeto de conseguir un médico en correspondencia con su realidad, los cubanos han diseñado un modelo de formación a través de las unidades lógicas de conocimientos dentro de una enseñanza integrada y de conceptos unitarios, en los que podemos ver:

a) *Estudio-Trabajo*

“La educación socialista no puede concebirse sin la *combinación del trabajo manual e intelectual*. Esta concepción de estudio-trabajo, no puede estar desligada de (nuestro) desarrollo nacional”. “Desde el inicio de la carrera —médica— y de acuerdo con los conocimientos que va adquiriendo, el estudiante realizará actividades incorporando a los programas de atención médica, contribuyendo con su trabajo a elevar el nivel de salud de nuestra población y a su formación integral. Ejecutará **ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA, DE TRABAJADOR SANITARIO Y DE OTROS TRABAJADORES DE SALUD**, de manera que contribuya con su trabajo directamente a la atención médica de nuestro pueblo, y conozca íntimamente la razón de ser de su ejercicio profesional al relacionarse con el paciente, y su medio, formando parte de un equipo de salud”.

b) *Desarrollo de un pensamiento científico*

“...los futuros médicos más que adquirir una simple información, *desarrollen un pensamiento científico*, que les permita enfrentar los nuevos problemas que se producen en el mundo por el vertiginoso crecimiento de los conocimientos —adelantados por la revolución científica técnica universal— aplicados a la medicina y las transformaciones sociales que se llevan a efecto en nuestro país”.

c) *Enseñanza integrada y de conceptos unitarios*

c.1. *Integración de la Teoría y de la Práctica*. Encaminada a: Derivación y obtención de nuevos procedimientos a punto de partida de la práctica (*la práctica como base del conocimiento*).

Aplicación del saber a la realidad práctica (*la práctica como objetivo del conocimiento*).

c.2. *Enseñanza-aprendizaje por interacción interdisciplinaria*. Los programas de estudio se llevarán a cabo por *unidades o temas*, de manera que en su conjunto constituyan un todo completo (íntegro) con partes pertenecientes a distintas materias, bajo una dirección común y objetivos educacionales específicos.

EN SÍNTESIS, *se busca transformar al estudiante de consumidor en productor... convirtiéndolo desde su etapa temprana en estudiante-trabajador*.

Fuera de esta excepción cubana, en América Latina se han dado puntos límites dentro del espacio que permite el sistema social vigente, interrumpido en casi todos los lugares en que se han realizado por los cambios coyunturales en los procesos internos de las Universidades, de los contextos nacionales y del centro hegemónico norteamericano, lo cual no ha permitido una acumulación cualitativa trascendente hasta sus últimas consecuencias, sino un recomenzar permanente.

En los últimos años esta interacción entre la Universidad (y en este caso las Escuelas o Facultades de Medicina) y la “Comunidad” han asumido modalidades que deben ser comprendidas en función de la dinámica de la dependencia o de la asumida de conciencia en la lucha por la superación de esa dependencia. Partiendo de esta base es que nosotros podemos comprender estas modalidades que comienzan a desprenderse de las “campañas sanitarias”, de las escuelas “preventivistas”, de la “medicina comunitaria”, de las “Prácticas Extramurales” y de los modelos de “Docencia-Investigación-Servicios”.

Todas estas manifestaciones se definen como señalamos anteriormente por una estructura del sistema social vigente y por la lucha de superación de la dependencia. En este sentido, podemos ver que la crisis del modelo económico, dada una desigual distribución del ingreso, aumento de la migración del campo a la ciudad, el aumento de las consecuencias de la lucha de clases; la incorporación del pueblo en organizaciones populares, se reflejan en el campo de la salud ante el aumento de población que exige cobertura y la necesidad creciente del sistema que necesita mano de obra sana para el aumento de la productividad.

Y es a partir de esta exigencia de cobertura por el pueblo, la necesidad del sistema que para superar su crisis necesita el aumento de la productividad y los limitados alcances de la cobertura oficial tradicional, donde

predomina una práctica médica privada y donde la medicina es una mercancía, deben analizarse los diferentes modelos desarrollados en América Latina.

En el modelo más tradicional de formación de recursos humanos en salud, encontramos que el proceso de enseñanza se reduce a una simple transmisión de conocimientos de forma acrítica, enfatizada en concentrar la particularidad del conocimiento en correspondencia con una concepción ideológica del mundo de la clase dominante. En ese proceso la investigación se convierte en abstracta en relación a la realidad total de esa sociedad y se desarrolla una práctica ficticia, dada la incomunicabilidad de la Universidad con la comunidad.

Esto sucede, porque en realidad el sistema social en ese momento allí solo necesita de la Universidad la reproducción del modo de producción dominante y la formación de profesionales e ideólogos para satisfacer sus necesidades ante un momento transitorio de "estabilidad, paz y progreso".

Cuando el modelo económico capitalista entró en una agudización de contradicciones y se agudizó también la lucha de clases y surgió la Revolución cubana, salud pasó a entrar a ser una mediación de dominación y de lucha política. En este sentido, se comenzó a cuestionar más objetivamente el recurso humano en salud que se estaba formando, para racionalizar su práctica en función de nuevos objetivos políticos, dados los nuevos desafíos existentes.

De esa perspectiva surge una corriente de interrelacionar más profundamente a la Universidad con la "comunidad". En el campo de la salud, se comienza a formar niveles técnicos, niveles profesionales preparados en menor tiempo, más modernizados, y desde donde se inicia el modelo en hacer que el estudiante ponga en práctica sus conocimientos, ofreciéndole servicios al pueblo, rompiendo así con la concepción anterior de aislamiento con la realidad.

Pero esta actividad de poner a los estudiantes en contacto con su medio y de interrelacionar a la Universidad con la comunidad se realizó de forma parcial y mecánica, bajo la concepción ideológica-"científica" del funcionalismo en la cual se pretendía de forma teórica dar una homogeneidad a la realidad económica, social, política, como si estas últimas fueran variables independientes, razón por la cual la acción se tornaba puramente asistencial, por su concepción de transmisor-receptor, paternalista y por su desligamiento con la investigación en científicista.

Este modelo de "Medicina Comunitaria" y de "Prácticas Extramurales", en algunos casos, estaban atrapados por el mantenimiento de un sistema

de enseñanza y un pensum tradicional. Dado el mantenimiento de la división teórico/práctica, de la no vinculación de la investigación con los servicios y la docencia, así como la ausencia de herramientas científicas para el análisis socio-económico, no permitía el desarrollo creativo y crítico de los estudiantes y profesores, entrando a escena el pueblo apenas como receptor y no como protagonista.

El aumento de la cobertura, la disminución de la tensión social y el aumento del mercado interno en cuanto a consumo de medicamentos y de tecnología médica fueron realmente los objetivos supuestos y logrados en muchos casos por la clase dominante sobre todo en cuanto a control de la población para solo poner un ejemplo. Incluso, lograron vender etiquetas que pasaron de contrabando y cuyo contenido encierra coherentes posiciones ideológicas. Tal es el caso de "comunidad", como sinónimo de pueblo. De aquí, que en este trabajo cuando usamos el concepto de "Comunidad" fuera del contexto cubano lo usamos entre comillas, ya que es para nosotros un concepto profundamente engañoso. "Comunidad", en realidad es un concepto que pretende borrar las contradicciones de clase en el sentido de que hablar de comunidad es hablar de homogeneidad, de igualdad; en nuestro caso, esto es una falacia al igual que su connotación geográfica para tratar de no ubicar a la población en función de su posición en el aparato productivo.

Allí donde las Universidades han asumido su mayor grado de desalienación y de descompromiso con el sistema social, gracias a una coyuntura política y una relativa "autonomía", se vienen desarrollando una interrelación con el pueblo basado en un modelo pedagógico de "Docencia, Investigación y Servicios".

Esto quiere decir, la de un proceso de cuestionamiento en cuanto a la formación (en nuestro caso) de médicos críticos con herramientas de análisis capaces de comprender y transformar la realidad. Esto implica una redefinición de la función de la Medicina, el papel del médico en la sociedad, así como una reconceptualización sobre salud-enfermedad, práctica médica, etc. En la UASD, estamos empeñados en el desarrollo de este modelo y que detallamos en otro trabajo.

Esta práctica social parte del análisis y de las contradicciones de la sociedad como totalidad, su relación con las metrópolis y de las condiciones reales de la Universidad y de la Facultad.

La integración dialéctica con el pueblo se realiza en función de la realidad nacional en un proceso crítico de investigación y creación donde la

praxis se da en función de mediación de la investigación y de la acción, de un servicio entre la acción y la conciencia.

En este modelo, encontramos tres dimensiones fundamentales:

- a) *Servicios*: Se producen en prestaciones de servicios de salud al pueblo en un proceso pedagógico, donde se comparten tareas, responsabilidades y experiencias.
- b) *Docencia*: Se integra la docencia a un proceso productivo que trasciende al binomio teoría-práctica y se supera la práctica médica ficticia de laboratorios artificiales.
- c) *Investigación*: El encuentro con la realidad sanitaria y social condiciona y obliga a la realización de investigaciones e integrarlas a los servicios y a la docencia.

PROCESOS PEDAGÓGICOS

En este proceso se explicitan esfuerzos para la:

- 1) Sustitución de la Cátedra magistral como mediación de la enseñanza.
- 2) Organización interna de los estudiantes de acuerdo a discusiones colectivas y modalidades metodológicas escogidas libremente, para desarrollar sus capacidades creadoras y sus responsabilidades.
- 3) Evaluación objetiva de participación a partir de una evaluación crítica colectiva.
- 4) Interrelación con el pueblo y su medio a partir del uso de herramientas científicas y de la observación participante: Racionalización a través de las vivencias.

RESULTADOS

Estas modalidades de trabajo del modelo pueblo-universidad, permiten conseguir algunas cuotas positivas en todo el proceso de enseñanza situado en las contestaciones a la Dependencia, donde se pueden destacar:

1) *Totalización y objetivización del conocimiento*

El conocimiento subjetivo y atomizado en una instancia abstracta de conceptos al margen de lo cotidiano contenido en los pensa

tradicionales se violentan al ser cuestionado por una connotación con la realidad sanitaria y socio-económica del país.

2) *Modelos de enseñanza*

En este proceso, se redefine el papel y la relación del estudiante y del profesor en la enseñanza, al pasar ambos a ser parte de un equipo de trabajo.

3) *Captura de la Historicidad*

El encuentro con la realidad sanitaria y socio-cultural posibilita una captura objetiva del proceso histórico por parte de profesores y estudiantes, a partir de la vivencia y las investigaciones, lo cual es un camino para asumir conciencia de la Dependencia.

4) *Socialización para el Ejercicio Profesional*

Desde el instante en que los estudiantes trabajen y se relacionen con las realidades sanitarias, institucionales y socio-culturales del país, les posibilita líneas vivenciales para la concretización de prácticas médicas diferentes a las que van a participar al graduarse y por las cuales podrán luchar al realizarse cambios estructurales.

5) *Incorporación de la Universidad al Proceso Productivo*

Desde el instante en el cual las prestaciones de servicios se hacen nacionales en un proceso institucional, la Universidad se incorpora al proceso productivo, asegurando posibilidades de mayor espacio de tolerancia por la estructura de poder.

6) *Proceso de criticidad*

El resultado de esta dinámica de la "Universidad-Pueblo", es la de un cuestionamiento crítico, la evaluación continua del proceso pedagógico como totalidad, generando un proceso creador profundo de redefinición permanente.

7) *Tecnología local*

La dinámica de los servicios al tener que simplificar los equipos y las técnicas de trabajo obligan a cuestionar la tecnología dependiente y a esbozar su autonomía.

8) *Incorporación del pueblo a la salud*

Un mayor conocimiento del hombre concreto y de su medio, junto a acciones organizadas de salud, permiten ir descubriendo líneas de trabajo para la real incorporación posterior del pueblo al proceso de salud y posibilitando al mismo tiempo asumida de conciencia de que la salud es un derecho.

9) *Integración equipo de salud*

En la medida que se ofrecen servicios médicos al pueblo, el trabajo posibilita una integración intelectual y estructural de todos los profesionales de las ciencias de la salud a través del equipo de salud en un tiempo concreto, donde desaparece la dicotomía ambivalente de teoría-práctica, y las divisiones arbitrarias en niveles con una revalorización y una racionalización de la división del trabajo.

Por eso creemos que las Universidades latinoamericanas y las Facultades, Escuelas de Ciencias de la Salud deben incorporarse al pueblo a través de la docencia, investigación y los servicios.

En términos generales la estructuración de una experiencia así estará limitada por la elasticidad del sistema social a partir de coyunturas y crisis estructurales en que la sobrevivencia del propio sistema permite algunas osadías que no son posibles en "tiempos normales". Nosotros debemos ser osados, porque no hay alternativas ideales y poder aprovechar así estos espacios y estas posibilidades si queremos ser consecuentes con nuestros pueblos.

Para esto, debemos saber claramente lo que queremos y cómo debemos conseguirlo. No hay lujo para las ilusiones. En una experiencia como esta, debemos tener claro:

a) La contradicción en el proceso de formar un médico diferente, crítico, para luego ser destinado a un ejercicio profesional que debe ser la negación de lo realizado en la Universidad.

En esta contradicción creemos que la Universidad debe preparar médicos con óptima preparación profesional, pero con las herramientas de trabajo teórico necesarias para la comprensión de la realidad, tratando con esto de que sea una respuesta para el presente y el futuro.

b) La limitación en cuanto a la contradicción en el desarrollo de modalidades de trabajo que solo pueden totalizarse y concretizarse en

otras organizaciones sociales, ya que ellas son la negación de las elaboradas e implementadas en la actual estructura social en una práctica profesional para una medicina de clases.

Partiendo de estas contradicciones es que nosotros vemos los niveles y las modalidades de la interacción de la Universidad-Sociedad como mediaciones con posibilidades de esbozar prácticas sociales capaces de permitir concientización de profesores, estudiantes y comunidad.

El encuentro de la Universidad con el pueblo en estas medidas ofrece condiciones para esbozar de "utopías", generación de procesos críticos y la elaboración de respuestas teóricas a la superación de la dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juan César García: "La Educación Médica en la América Latina", O.M.S., 1972.
2. Hugo Mercer: "La Política y el Saber Médico Oficial", O.P.S., 1976 (mimeografiado).
3. Francisco Miro Quezada: "La Universidad como generadora de Autonomía Nacional", Colección UASD Crítica, N° 16, 1977, Santo Domingo.
4. Dr. José A. Llorens, Dr. Leopoldo Araujo, Dr. Roberto Douglas, Dr. Eduardo P. González-Posada, Dr. Cosme Ordóñez C., Dr. Emiliano Rodríguez Guerra: "Combinación del estudio y el trabajo en la formación de los profesionales de la Salud", Colección UASD Crítica, N° 12, Santo Domingo, 1977.
5. Pablo Latapí: "Universidad y Sociedad: Un enfoque basado en las experiencias latinoamericanas", Colección UASD Crítica, N° 7, 1976, Santo Domingo.
6. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba: "Fundamentación para un nuevo enfoque de la Medicina Comunitaria", Colección UASD Crítica, N° 11, 1977, Santo Domingo.
7. Facultad de Ciencias Médicas, UASD: "Integración de Docencia, Investigación y Servicios para la Acción de la Comunidad". Trabajo presentado en Mérida, México, 1976.
8. Dr. Guarocuya Batista del Villar: "Modelo de Universidad que deseamos y reformas mínimas para lograrlo", Taller CERESD, UASD, 1977.

TEMA II

LA INTERACCIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO

Comentario oficial

por MANUEL SIRVENT RAMOS *

I. INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud en América Latina y especialmente la disponibilidad del servicio médico han continuado creciendo, aunque sin llegar a alcanzar los índices de Estados Unidos y del Canadá.

Número de médicos y razones por 10 000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1960 a 1972

Región	Número				Razones por 10 000 habitantes			
	1960	1964	1968	1972	1960	1964	1968	1972
América del Norte	292 941	316 761	333 686	353 278	14.8	15.1	15.2	15.5
Meso- américa	32 833	38 456	45 264	55 987	4.9	5.0	5.2	6.1
América del Sur	81 191	93 248	116 675	141 213	5.6	6.0	6.9	7.4

Fuente: *Las condiciones de salud en las Américas. 1969-1972*, Oficina Sanitaria Panamericana. Pub. Científica 287.

* Director General de Programas Especiales. Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México.

En 1960 los países de Mesoamérica y América del Sur disponían de 114 024 médicos, mientras que en 1972 el número era de 197 200, lo cual significó un promedio de 4.9 y 5.6 médicos por 10 000 habitantes en Mesoamérica y América del Sur en 1960, contra 6.1 y 7.4 por 10 000 habitantes en 1972.

También para 1970 había 159 escuelas de medicina en América Latina y el Caribe con una matrícula de 205 000 alumnos.¹ El número de escuelas de medicina era de 36 en 1900.²

Defunciones en menores de un año y tasas por 1 000 nacidos vivos en las tres regiones de las Américas, 1960, 1965, 1970, 1972

Región	Número				Tasas por 1 000 nacidos vivos			
	1960	1965	1970	1972	1960	1965	1970	1972
América del Norte	123 988	102 763	81 689	66 163	26.2	24.6	19.9	18.4
Mesoamérica	192 122	184 821	297 546	173 059	70.4	59.2	62.7	55.9
América del Sur	203 717	190 949	174 813		84.9	72.2	66.5	59.7

Fuente: *Las condiciones de salud en las Américas. 1969-1972*, Oficina Sanitaria Panamericana. Pub. Científica 287.

Defunciones en menores de 5 años por 1 000 habitantes en las tres regiones de las Américas, 1960, 1965, 1970, 1972

Región	Tasas por 1 000 habitantes			
	1960	1965	1970	1972
América del Norte	1.1	1.0	0.8	0.8
Mesoamérica	13.1	9.8	9.1	7.3
América del Sur	10.7	8.6	7.4	4.2

Fuente: *Las condiciones de salud en las Américas. 1969-1972*, Oficina Sanitaria Panamericana. Pub. Científica 287.

¹ Documento básico de referencia. III Reunión Especial de Ministros de Salud en las Américas.

² *Las condiciones de salud en las Américas. 1969-1972*.

De acuerdo a sus condiciones socioeconómicas cada uno de los países de América Latina y del Caribe han implantado las medidas pertinentes para ir mejorando el nivel de salud de sus habitantes, lo que pareciera ser así debido al comportamiento de la tasa de mortalidad de la niñez con tendencia a la baja.

Por otra parte, las facultades de medicina del continente han estado produciendo cambios substanciales en el sistema de enseñanza en el que consideran:

- Desarrollo y participación de la comunidad.
- Participación de maestros y alumnos en la organización y administración de los centros de enseñanza.
- Análisis conjunto de los sectores sociales, económicos y políticos del país.
- Enseñanza modular para que la comunidad pueda aprovechar a diversos niveles, al individuo que se va formando.

Además de estos puntos de extraordinaria importancia, deberá dársele suficiente énfasis al conocimiento del medio humano que es factor determinante para la salud y la vida humana.

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano reunida en Estocolmo en junio de 1972 proclamó: "El hombre es a la vez obra y artífice del medio que lo rodea, el cual le da el sustento material y le brinda la oportunidad de desarrollarse intelectual, moral, social y espiritualmente. En la larga y tortuosa evolución de la raza humana en este planeta se ha llegado a una etapa en que, gracias a la rígida aceleración de la ciencia y la tecnología, el hombre ha adquirido el poder de transformar, de innumerables maneras y en una escala sin precedentes, cuanto lo rodea. Los dos aspectos del medio humano, el natural y el artificial, son esenciales para el bienestar del hombre y para el goce de los derechos humanos fundamentales, incluso el derecho a la vida misma."

II. EL MEDIO AMBIENTE Y LA SALUD

El individuo humano está inmerso en un medio que se relaciona con él directamente en forma constante. Su lucha debe ser también permanente a fin de limitar o evitar las agresiones que pudieran conducirle a su destrucción.

Aire: El aire, parte del medio ambiente, cuando su contaminación es alta, puede ser dañino al ser humano produciendo o agravando problemas bronquiales y pulmonares. Hay bastantes argumentos relacionados con la contaminación del aire y el cáncer del pulmón; algunos estudios parecen indicar que las tasas de cáncer pulmonar de los habitantes urbanos no fumadores son más elevadas que las de los que viven en zonas mixtas o rurales.

Algunos contaminantes producen cambios demostrables en la resistencia de las vías respiratorias de voluntarios humanos. La contaminación del aire influye también sobre el bienestar: interferencia en la visibilidad, oscurecimiento de la luz solar, persistencia de niebla, daños a las plantas, etc.

Agua: Las aguas pueden estar también contaminadas por contaminantes biológicos, como son las salmonelas, virus, etc.

En cuanto a la contaminación química, diversos metales como arsénico, mercurio, cromo, compuesto de organoclorados, pueden ser nocivos en distintos grados para la salud humana, cuando exceden la concentración permisible.

Suelo: La contaminación del suelo es muy peligrosa en cuanto a la acción que puede tener sobre los seres humanos para dañarlos en su salud.

Una gran variedad de parásitos como el ascaris, uncinaria, etc., comienzan su desarrollo en el suelo antes de dañar al ser humano. Las moscas proliferan en gran medida en el suelo contaminado por basuras y es fácil establecer relación entre cantidad de moscas y basuras. La mosca puede servir de vehículo de amibas, parásitos y otros agentes bacterianos.

La contaminación del suelo con desechos industriales como arsénico, plomo, cromo, por medio del aire puede distribuir los contaminantes y llevarlos a las personas a través de las vías respiratorias o a través de contaminación directa de los alimentos.

Por otro lado, en los desechos que contaminan el suelo, la lluvia puede disolver los contaminantes y llevarlos por lixiviación a las aguas superficiales o a las aguas subterráneas.

Esto significa que si el esfuerzo se concentra en disminuir o evitar la contaminación del suelo con todo tipo de desechos, se disminuiría en buena medida también la contaminación del aire, del agua y de los alimentos.

Alimentos: Los alimentos pueden dañar en su salud al ser humano por medio de contaminantes biológicos: bacterias, virus, toxinas, etc., así como a través de contaminantes químicos, especialmente plomo, arsénico, mercurio, insecticidas, etc.

Radiaciones: Las radiaciones también pueden contaminar los alimentos, así como el aire, el suelo y el agua.

Seres vivos: Dentro del medio en que está el hombre hay muchos otros seres vivos, especialmente del grupo animal, que pueden dañar la salud del individuo, y dentro de lo que se ha dado en llamar fauna nociva hay que tener presente la acción de insectos: anófeles, aedes, simulidos, triatomas, que pueden transmitir el paludismo, fiebre amarilla, dengue, enfermedades de chagas, etc.

Por último, hay un número de enfermedades que se transmiten de hombre a hombre como el sarampión, tosferina, difteria, viruela, etc.

El desafío del futuro: Otros aspectos que hay que tener presente en los países de América Latina y del Caribe, son el aumento de la población y el aumento de la industrialización que han traído como consecuencia grandes disminuciones de los recursos naturales y cambios substanciales en la patología del individuo. Ya se empiezan a notar algunos cambios, como mencionamos anteriormente, pero será necesario profundizar más en la investigación de estos campos.

En el futuro, necesitaremos más energéticos, más vivienda, más automóviles, más acero, más cemento, etc.; no podemos renunciar a las comodidades que nos ha proporcionado la tecnología. Nuestro esfuerzo tiene que encaminarse a mantener los beneficios alcanzados pero al mismo tiempo impedir el deterioro del ambiente.

III. INTERACCIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD

Para hacer un comentario sobre la interacción entre la comunidad y la universidad en el proceso educativo, va a ser necesario que aceptemos como punto de partida definir con claridad el término comunidad. En lo referente a comunidad podíamos entender como tal a un grupo que vive en estrecho contacto, que está vinculado por valores y objetivos comunes y que mantiene una armonía básica de intereses y aspiraciones.³

Las comunidades, sin embargo, son elementos vivos con dinámica propia y con tendencia a cambios permanentes que en ocasiones las llevan a su desarrollo, pero a veces también a su estancamiento o a su destrucción.

Si nos colocamos en un punto positivo, la expresión desarrollo de la comunidad⁴ se ha incorporado al uso internacional para designar aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de

³ Naciones Unidas. *Participación popular en el desarrollo; nuevas tendencias del desarrollo de la comunidad.* pág. 14, 1972.

⁴ Naciones Unidas. *Participación popular en el desarrollo; nuevas tendencias del desarrollo de la comunidad.* pág. 14, 1972.

su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar éstas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional.

Por lo que toca a la población, el desarrollo de la comunidad es a la vez un proceso de organización y educativo. Es un proceso de organización, porque cuando la población actúa colectivamente está en mejores condiciones para satisfacer sus intereses comunes y porque conlleva también la reorientación de las instituciones existentes o la creación de un nuevo tipo de instituciones que dan plena eficacia a la iniciativa propia y proporciona el medio de acción a los servicios gubernamentales. Es un proceso educativo, porque con él se procura modificar las actitudes y prácticas que se oponen al mejoramiento social y económico, creando actitudes especiales que favorecen dicho mejoramiento y en términos más generales, promueven una mayor receptividad a los cambios.⁵

Este proceso educativo es llevado a cabo por la comunidad (cualquiera que sea su tamaño, urbana o rural) a través de sus componentes por medio de métodos de enseñanza a diversos niveles hasta alcanzar el más alto que es el de la enseñanza superior.

Si esto lo concebimos así, la universidad, como institución de enseñanza superior, toma particular importancia en el proceso educativo, que no deberá estar alejado de las necesidades de la propia comunidad de la que forma parte.

Dentro del proceso educativo de la universidad, específicamente en el campo de la medicina, se contemplan dos partes fundamentales: una, constituida por el aparato formador de los recursos humanos y la otra por el aparato utilizador. Específicamente, el aparato formador del recurso humano está en los centros de enseñanza superior y el aparato utilizador en los servicios de salud de la comunidad. Es decir, el proceso educativo no termina en la universidad sino que continúa en el seno de la comunidad.

No hay que perder de vista que los elementos que organizan, financian y administran el aparato formador de los recursos humanos, son, a su vez, miembros de la comunidad en general. Dentro de los elementos de este aparato formador frecuentemente se encuentran algunos que no están identificados con la comunidad a la que se va a servir, sino que proceden de comunidades a veces con cierta semejanza y, a veces también, con profundas diferencias culturales, pero que se incorporan al aparato formador donde generalmente proponen o establecen cambios que en ocasiones pueden ser fundamentales para mejorar la tecnología.

⁵ Naciones Unidas. *Participación popular en el desarrollo*, 1972.

En consecuencia, tenemos aquí dos primeros aspectos: el equipo formador puede estar constituido o lo está generalmente, por elementos procedentes de la misma comunidad a la que van a servir o con elementos también procedentes de otras culturas.

La comunidad, a su vez, al irse desarrollando realiza cambios en ocasiones sustantivos por lo que hace a su vida económica, social y política. Es un antroposistema inmerso en un ecosistema al cual modifica pero que a su vez también lo cambia.

“En su ensayo sobre aire, agua y lugares, el médico griego Hipócrates afirmó valientemente hace 2 500 años que los atributos físicos y de temperamento de las varias poblaciones de Europa y Asia eran determinados por las características físicas de cada región en particular tales como el clima, topografía, la estructura física, el valor militar, así como las instituciones políticas eran comúnmente consideradas por los médicos y filósofos griegos como expresiones directas de las respuestas de los hombres a tales factores ambientales.”⁶

En las escuelas de medicina, es conveniente que los estudiantes se pongan en contacto con los problemas de salud y del ambiente desde los primeros años de la carrera, para que se formen básicamente en la acción con la comunidad, ya que el médico cirujano es un elemento importante del equipo de salud y frecuentemente el coordinador del mismo. La salud, como componente del sector social, está estrechamente ligada a otros elementos de dicho sector y, también, a los sectores económicos y políticos que juntos en una coordinación e interacción permanente forman e impulsan los planes nacionales de desarrollo.

De cualquier manera, el factor más importante al establecer la interacción entre las universidades y la comunidad, la parte fundamental, corresponde a esta última, misma que debe ser considerada y estudiada profundamente, para conocer sus cambios, intereses, necesidades y aspiraciones por el elemento formador de recursos humanos, a fin de que pueda ofrecerle el mejor recurso de acuerdo a sus características.

⁶ René Dubos, *Um animal tao humano*, obra publicada como una colaboración de la Universidad de Sao Paulo.

TEMA II

LA INTERACCIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO

Comentario oficial

por TIRSO VICTORIÁ LLUBERES *

INTRODUCCIÓN

La ponencia que me honro en comentar versa sobre el análisis del origen y función de la Universidad en tanto que producto de la sociedad en la cual se encuentra inserta.

Se refiere a las características de las Universidades de América Latina y en especial de sus Facultades y Escuelas de Medicina, traduciendo su función educativa y de concientización social a partir de las contradicciones entre el centro hegemónico del poder, representante de los intereses de la gran metrópoli que condiciona sus actividades a la perpetuación de la dependencia, y de la lucha que contra esa situación desarrollan las fuerzas progresistas desde el seno de la Universidad.

El trabajo se divide en tres partes:

1. Universidad y Sociedad: Correlación Histórica.
2. Salud, Medicina, Universidad y Sociedad.
3. Interacción entre la Universidad-Comunidad en el Proceso Educativo: Coyunturas Estructurales y la Formación Médica en América Latina.

* Ex-decano de la Facultad de Ciencias de la Salud del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).

Los conceptos que en él se vierten en forma brillante y con profundo conocimiento y espíritu crítico sobre fenómenos sociológicos de la estructura social de la América Subdesarrollada y Dependiente y de su incidencia en el sector Salud, los comparto plenamente. Por tanto mi labor como comentarista de esta ponencia se caracterizará a tratar de traducir en grandes líneas nuestra interpretación de los conceptos expresados en la misma y de desarrollar de forma esquemática algunas de las características que dentro de este marco conceptual determinan, a nuestro juicio, la educación médica en nuestro país, la relación de la Universidad con la comunidad y su enfrentamiento con el centro hegemónico del poder.

No pretendemos que este trabajo traduzca el análisis completo de un problema complejo cuyas peculiaridades escapan en ocasiones a nuestros conocimientos pero es nuestro deseo de que el mismo pueda aportar elementos útiles a los distinguidos participantes en este evento.

I. UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD: CORRELACIÓN HISTÓRICA

De inicio la ponencia plantea la noción de que la Universidad nace en una sociedad en un momento histórico específico y que por tanto sus características y funciones responden a las peculiaridades de esa sociedad, siendo por tanto la expresión de la totalidad de dicha sociedad con sus variables de carácter interno y externo, general y particular, local y universal. Es a partir de esa dinámica histórica Universidad-Sociedad que la Universidad puede ser el exponente de dos tendencias:

a) Aquella en la que la Universidad refleja un carácter fenomenológico dentro de la sociedad perdiendo la visión totalizadora. Esta visión parcial de la sociedad hace que la Universidad actúe como agente de las clases dominantes en la perpetuación del subdesarrollo y la dependencia.

b) Aquella que correlaciona la educación con la totalidad de la estructura social a partir de la comprensión de dicha sociedad o de sus características socioeconómicas y político-ideológicas. Es esta tendencia la que permite a la Universidad comprender la sociedad y sus peculiaridades sociológicas. Dentro de esta perspectiva la Universidad estará en condiciones de comprender los fenómenos sociales que determinan el subdesarrollo y la dependencia y podrá emprender la lucha por la justicia social en todas sus vertientes para lograr mejorar las condiciones de vida de la sociedad.

Más adelante la ponencia se refiere al desarrollo y evolución de las Universidades tomando como modelo de referencia la Universidad europea

a partir de la Edad Media, época en que el desarrollo económico transforma a esas sociedades de organización artesanal en las cuales no existía la propiedad privada y que la transmisión tecnológica y cultural se realizaba "en un proceso de socialización que descansaba en la familia, en el clan, a través de una mediación de carácter oral en condiciones ágrafas" en una superestructura para la producción y difusión de la cultura y la formación de los recursos humanos con los conocimientos científicos y tecnológicos que asegurasen un mayor rendimiento de los medios de producción en favor de las clases dominantes, convirtiendo así a la Universidad en el artífice para el desarrollo capitalista.

A partir de este contexto de la función de la Universidad como reproductora del medio de producción dominante se destaca en la ponencia las características de la Universidad Latinoamericana, copia en sus orígenes de las Universidades de países capitalistas aunque también con características propias de las sociedades a las cuales pertenecían. Esta Universidad reproduce el modelo educativo de las Universidades de países capitalistas en la producción de profesionales acrílicos que contribuyen al robustecimiento del capitalismo.

La toma de conciencia por parte de la Universidad sobre la dependencia y la liberación nacional la convierte en "fragua que permite la formación de profesionales con herramientas científicas de comprensión social y elaboración de un pensamiento que dé trascendencia a la lucha de superación de la dependencia, pretendiendo como ideal que ella pudiera convertirse en generadora de autonomía nacional".

A nuestro juicio, la confrontación entre la Universidad y los organismos detentadores del poder explica, al menos en parte, la crisis universitaria en nuestro país. Los detentadores del poder conciben a la Universidad como un centro educativo, entendiéndose por tal el productor de los recursos humanos con la formación científica que los capacite a integrarse a las fuerzas de trabajo capitalista en un país dependiente y en beneficio del Imperialismo, pero desprovisto de la formación social que le permita comprender los fenómenos que generan el subdesarrollo y la dependencia. En síntesis una Universidad acrílica. Por su lado la Universidad actual en nuestro país lucha por proveer a esa valiosa cantera que es la juventud de una sólida formación científica y al mismo tiempo social que le permita comprender los fenómenos sociales que generan el subdesarrollo y convertirla así en agente de cambio social para generar la ruptura con las condiciones de subdesarrollo y dependencia y su cortejo de miseria, hambre, enfermedad, ignorancia e infelicidad. En síntesis, una Universidad acrílica.

Los problemas de estrangulación económica a que se somete a la Universidad y su corolario de penuria económica, contradicciones y agitaciones internas, han impedido que la misma haya podido, hasta el momento, cumplir plenamente sus objetivos educativos.

II. SALUD, MEDICINA, UNIVERSIDAD Y SOCIEDAD

En esta parte de la ponencia se definen las características de una sociedad dada en función del modo de producción y distribución, señalando que "la forma histórica en que se realiza la producción, y las relaciones que establecen los protagonistas de este proceso, definirán las modalidades que explicitarán una sociedad históricamente considerada dentro de una formación social específica". A seguidas se pasa a definir el modo de producción capitalista basado en la explotación del hombre por el hombre en la que el explotado se encuentra imposibilitado para su realización humana.

Dentro de esta perspectiva dialéctica, en la ponencia que comentamos se determina que la relación entre dominados y dominantes debe ser vista en el marco de una totalidad en su connotación histórica. En el sector Salud, la formación de recursos humanos y la prestación de servicios de salud dentro del sistema capitalista se realiza a partir de un saber "oficial" con sus normas, valores y actitudes formales y un pretendido beneficio de la medicina para todos los hombres cuando en realidad sólo beneficia a una minoría privilegiada. Esa medicina de clases dentro del sistema capitalista 1) es vendida como una mercancía siendo las clases privilegiadas las beneficiadas de los servicios de atención médica altamente especializados, 2) la práctica de una medicina individualista, curativa, para las clases menos privilegiadas tendrá como objetivo "el mantenimiento de la vida de los trabajadores para garantizar la capacidad de producción y de la mano de obra necesaria para el aumento de la productividad", 3) la alienación de los profesionales de la salud dentro de un sistema en el que el bienestar se mide a partir de los beneficios materiales obtenidos.

Termina esta segunda parte del trabajo que comentamos, señalando que "la práctica médica, así como su saber oficial se definen en correspondencia con el modo de producción existente y con las características históricas de la formación social en cuestión" y que por tanto la Universidad dentro de un contexto social capitalista produce un profesional cuya formación científico-tecnológica sólo contribuye a satisfacer el modo de producción dominante, convirtiéndose así en defensor del orden social vigente.

Es nuestra opinión de que en la República Dominicana los servicios de

salud y la práctica médica obedecen a la concepción capitalista antes descrita y dentro de este contexto la medicina dominicana, concebida como un producto que se vende, ofrece sus mejores servicios a una minoría privilegiada que puede comprarlos. Por otro lado la elección de la carrera de medicina estará condicionada por tanto a un espíritu de lucro y de competencia por la ascensión dentro de la escala socioeconómica.

En la actualidad, la Universidad dominicana ha iniciado un movimiento de reflexión y redefinición de sus postulados filosóficos con miras a valorizar la medicina en su real aserción en tanto que práctica social. La búsqueda de una correspondencia entre los objetivos educacionales de las escuelas de medicina y sus planes de estudios se traduce en la tendencia actual a: 1) Introducir el estudio de las Ciencias Sociales dentro de los planes, 2) El propósito de formar profesionales con una sólida formación científica en correspondencia con la medicina moderna y con una fuerte concentración en el estudio de los problemas de salud que aquejan nuestro país, 3) La integración docente-asistencial-investigativa a lo largo de los años de estudios de la carrera de medicina. Las pasantías rurales, internados rotatorios en hospitales de provincias, encuestas epidemiológicas en el campo y en los barrios marginados de las ciudades, etc., que forman parte de los planes de estudios de las diferentes Facultades y Escuelas de Medicina del país son exponentes de la tendencia a este tipo de acción educativa que se propone, a través de un proceso de retroalimentación, la adquisición e integración sobre el terreno, de los conocimientos objetivos de los problemas de salud que por alta morbimortalidad atentan contra la salud de la comunidad, al mismo tiempo que contribuyen a mejorar la deficitaria cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales y de los estratos socioeconómicos más desfavorecidos en los asentamientos humanos altamente superpoblados y hacinados, dentro de la concepción de una medicina de la comunidad.

Con la integración de la comunidad al trabajo de los equipos de salud se pretende también convertir a sus miembros en promotores de la salud positiva de sus localidades, y que contribuyan al desarrollo integral de las mismas.

La Universidad dominicana en sus esfuerzos por la producción de los recursos humanos en salud con las características de una sólida formación profesional, dotados al mismo tiempo de una lúcida comprensión de los problemas de salud a partir de las características estructurales de nuestra sociedad y con una sólida vocación de servicio a la comunidad, encuentra grandes dificultades entre las cuales podemos señalar: 1) La inadecuación

cualitativa y cuantitativa de los servicios de salud pública por el déficit de instalaciones físicas y de recursos humanos en salud en los sectores poblacionales más necesitados de dichos servicios. Esta situación hace que las escuelas de medicina se vean imposibilitadas en sus esfuerzos por contribuir adecuadamente a llevar los servicios de salud a esos sectores de la población.

2) Escasez de recursos económicos. Siendo alto el costo de la educación, las instituciones de estudios superiores de nuestro país, tanto públicas como privadas y dentro de un estado de penuria económica, confrontan grandes dificultades para el mejoramiento de sus programas de estudios y la ejecución de sus proyectos de extensión.

3) Las contradicciones internas en el seno de las Universidades por la confrontación permanente de tendencias políticas e ideológicas diferentes, productos a su vez de las características de la estructura social en la cual la Universidad se encuentra inserta. El debate ideológico y el estado de intranquilidad, encuentran su mayor expresión en la confrontación de las fuerzas en nuestra Universidad estatal y de esta con el Estado. Esta situación interfiere con los cambios innovadores y revolucionarios que las fuerzas progresistas de la UASD plantean en su búsqueda por hacer de la Universidad el centro para la formación de los recursos humanos que requiere el país, en su lucha contra el subdesarrollo y la dependencia y en pos del progreso y el bien común.

4) Estrato socioeconómico de los estudiantes universitarios. En la República Dominicana pocos son los jóvenes que logran finalizar sus estudios de bachillerato y mucho menos aún son los que logran ingresar a las Universidades. De estos últimos, considerados como una clase privilegiada, una minoría llega a obtener el deseado título profesional que lo indujo a ingresar a la Universidad. A nuestro juicio, esta situación, reflejo de las desigualdades de oportunidades para educarse, encuentran en nuestro país su explicación en los factores estructurales siguientes:

a) Alto costo de la educación. Los gastos para la educación universitaria no se limitan para el estudiante al simple pago de matriculación, más o menos caro dependiendo del centro educativo, sino que incluye entre otros, la compra de textos, siendo los de medicina por lo regular muy caros; transporte; alimentación y viviendas adecuadas. Sólo los más privilegiados pueden solventar estos gastos.

b) Deficiencia y falta de integración de los estudios preuniversitarios. Es nuestra experiencia de que el rendimiento y aprovechamiento en sus estudios de los estudiantes que ingresan a una universidad del país está en

relación directa con la calidad docente del centro educativo preuniversitario del cual proceden.

Como consecuencia de los problemas estructurales típicos de los países con modo de producción y distribución de las riquezas y oportunidades al estilo capitalista, se observa la diferencia en cuanto a la calidad de la educación entre los colegios privados, reservados a las clases privilegiadas que pueden soportar sus altos costos, dotados de los recursos humanos, físicos y de material pedagógico necesarios para la impartición de una educación adecuada y las escuelas públicas que carecen o poseen pocos de los recursos antes señalados. Esta situación se traduce en una gran baja estudiantil entre los jóvenes provenientes de las escuelas públicas.

Como consecuencia lógica de los factores de penuria económica, desigualdad de oportunidades para la educación y de las contradicciones internas, la Universidad dominicana encuentra un gran obstáculo para el desarrollo de su misión de formadora, cualitativa y cuantitativamente, de los recursos humanos capaces de generar el salto cualitativo hacia el desarrollo, la independencia económica y el bienestar común del país.

III. INTERACCIÓN ENTRE LA UNIVERSIDAD-COMUNIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO: COYUNTURAS ESTRUCTURALES Y LA FORMACIÓN MÉDICA EN AMÉRICA LATINA

Esta última parte de la ponencia se dedica al análisis de la interacción de la Universidad con la comunidad en el proceso educativo en América Latina a partir del modo de producción dominante dentro de una estructura social capitalista y dependiente y de las características de las relaciones de dependencia entre el centro y la metrópoli. Destaca la excepción del contexto cubano en el que la relación entre la Universidad y la comunidad en el determinismo del proceso educativo se realiza dentro de un contexto social diferente que ha permitido la redefinición de la Universidad en la sociedad, y en el campo específico de la salud la definición de las funciones de la medicina y de la responsabilidad del médico.

Se señala que estos objetivos se han logrado a través de un modelo de formación compuesto de unidades lógicas de conocimientos, dentro de una enseñanza integral y de conceptos unitarios. Este modelo educativo consta de los siguientes aspectos:

a) Estudio-Trabajo: Con la incorporación del estudiante, desde el inicio mismo de sus estudios médicos y de acuerdo con su nivel de conocimientos, a

los programas asistenciales, integrado a un equipo de salud. Esta actividad está motivada por la concepción socialista de que no puede concebirse la educación sin la combinación del trabajo manual e intelectual. La exposición del estudiante a la comunidad le permitirá contribuir a elevar el nivel de salud de la población, a su formación integral y al conocimiento de la razón de ser de su ejercicio profesional.

b) Desarrollo del pensamiento científico: que permita a los futuros médicos comprender y enfrentar los problemas que se producen en el mundo por el rápido desarrollo de los conocimientos, fruto de la revolución científico-tecnológica universal.

c) Enseñanza integrada y de conceptos unitarios:

c₁) A partir de la obtención de nuevos procedimientos a punto de partida de la práctica (la práctica como base del conocimiento) y la aplicación del saber a la realidad práctica (la práctica como objeto del conocimiento).

c₂) Enseñanza-Aprendizaje por interacción interdisciplinaria: dentro de un sistema de unidades conformado por materias integradas bajo una dirección común y objetivos educacionales específicos.

Pasa en seguida la ponencia al análisis de la interacción de la Universidad y la comunidad en América Latina, dentro del contexto del subdesarrollo y de la dependencia. Las modalidades de esta interacción deben ser comprendidas en función de la dinámica de la dependencia o de la toma de conciencia en la lucha por su superación. En el primer caso la Universidad se convierte en simple transmisora de conocimientos en forma acrítica, ya que su función como agente de la clase dominante es la de formación de profesionales ideólogos que permitan el modo de producción dominante. En el segundo caso y como consecuencia de contradicciones dentro del sistema capitalista, de la lucha de clases y del surgimiento de la revolución cubana, se produce una corriente de interacción más profunda entre la Universidad y la comunidad. En el campo de la salud y como consecuencia de la creciente demanda de aumento de la cobertura y de las tensiones sociales, se comienza a cuestionar el tipo de recursos humanos que se está formando y se introduce la noción de los llamados niveles técnicos, la reducción del tiempo para la formación de los profesionales de la salud y se pone en práctica la exposición del estudiante a la comunidad para la prestación de servicios al pueblo y la ruptura de su aislamiento con la realidad. En algunos casos, la práctica de esta medicina llamada comunitaria se convierte en una actividad puramente asistencial, curativa, paternalista y desligada de la investigación. En otros casos y como consecuencia de la des-

alienación de la Universidad, producto de coyunturas políticas favorables y del análisis de las contradicciones de la sociedad en su totalidad, se inicia la interacción de la comunidad con el pueblo basado en un modelo pedagógico de docencia, investigación y servicios en el que "la integración dialéctica con el pueblo se realiza en función de la realidad nacional en un proceso crítico de investigación y creación donde la praxis se da en función de mediación de la investigación y la acción, de servicio entre la acción y la conciencia".

Termina la ponencia con la defensa de este último modelo para la formación de recursos humanos en salud, basado en la docencia, investigación y servicio, como la forma más adecuada de formar un profesional crítico, conciente de la realidad social y armado de las herramientas que le permitan contribuir efectivamente en la lucha contra el subdesarrollo y la dependencia.

En la República Dominicana se observa una tendencia y preocupación creciente de las Facultades y Escuelas de Medicina por integrar este modelo de docencia, investigación y servicio a los planes de estudios. Este objetivo educacional aceptado cada vez más en los países de la América subdesarrollada y dependiente ha sido de difícil aplicación en nuestro país por múltiples razones y entre las cuales sólo citaremos dos:

1) La integración vertical y progresiva de la docencia-investigación y servicio a los planes de estudios, implicaría la revisión crítica y la introducción de cambios profundos de los planes de las diferentes escuelas de medicina del país. Estos cambios si bien que no son imposibles de ser implementados, y de hecho están integrados en mayor o menor grado a los planes de estudios de las cinco escuelas de medicina del país, no han conseguido ser aplicados satisfactoriamente en algunas de ellas, debido, en algunos casos, a las contradicciones y enfrentamientos entre las fuerzas progresistas y modernizantes de la Universidad, contra sectores que, de una forma consciente o inadvertida, sirven a propósitos oscuros y retrógrados. En otras, esta acción se ve frenada por el corte conservador y tradicionalista de la Universidad.

2) La carencia de personal docente a tiempo completo. Nuestras escuelas de medicina cuentan con un escaso número de profesores a tiempo completo, y a nuestro parecer esta situación obedece a dos factores:

a) Falta de recursos económicos de la Universidad.

b) La escasa formación social y de vocación de servicio de un gran sector de la clase médica apta para la docencia, que son el producto de

un sistema social en el cual la práctica médica es concebida exclusivamente como un medio de producción de bienes materiales y en el cual la carrera docente ofrece muy pocos beneficios.

Para terminar debo señalar que a pesar de todas esas dificultades, producto del medio social en el que se encuentran ubicadas nuestras Universidades, es encomiable el esfuerzo generado por los sectores progresistas de nuestras Facultades de Medicina por la formación de profesionales del campo de la salud, capaces de responder positivamente a la solución de los problemas de salud del país, y por su actitud crítica y de presión frente a los organismos estatales, responsables de los programas de salud pública, para que los mismos se adecúen y respondan positivamente a satisfacer las necesidades crecientes de servicios de salud de una población que crece vertiginosamente dentro de un estado de subdesarrollo y de injusticia social.

TERCERA SESIÓN PLENARIA

Martes 22 de noviembre de 1977

8:30 hs.

El presidente de la Conferencia, el doctor Carlos Zamora, da la bienvenida a la sesión plenaria que se desarrolla en la delegación cubana, al mismo tiempo de la 14ª Sesión de la Comisión sobre el Tema III: Ciencia y Tecnología para la Integración Latinoamericana.

La Tercera Sesión Plenaria comienza presidida en su primer día por el doctor Abel Hernández, secretario general de la Asociación Mexicana de Estudios de Medicina y Cirujanos de la Facultad de Medicina de Guadalajara.

Llega que llega la Plenaria a un momento de gran importancia.

La sesión es presidida por la presencia del doctor Joaquín Peña Plata, representante de Nicaragua, de modo al doctor Alberto Viqueo, del Ecuador, a dar la bienvenida a la Conferencia y a la Comisión del Tema III.

Llega que fue el doctor Carlos Zamora, el secretario general de la Conferencia, a dar la bienvenida a la Plenaria y a dar la bienvenida a la Comisión del Tema III.

El doctor Carlos Zamora, el secretario general de la Conferencia, a dar la bienvenida a la Plenaria y a dar la bienvenida a la Comisión del Tema III.

El doctor Joaquín Peña Plata, representante de Nicaragua, a dar la bienvenida a la Plenaria y a dar la bienvenida a la Comisión del Tema III.

El doctor Alberto Viqueo, representante del Ecuador, a dar la bienvenida a la Plenaria y a dar la bienvenida a la Comisión del Tema III.

El doctor Carlos Zamora, el secretario general de la Conferencia, a dar la bienvenida a la Plenaria y a dar la bienvenida a la Comisión del Tema III.

El doctor Joaquín Peña Plata, representante de Nicaragua, a dar la bienvenida a la Plenaria y a dar la bienvenida a la Comisión del Tema III.

**ACTA DE LA TERCERA REUNIÓN (SESIÓN) PLENARIA,
REALIZADA EL DÍA 22 DE NOVIEMBRE**

El presidente de la Conferencia, doctor José García Ramírez, da apertura a la sesión señalando que por ausencia de la delegación cubana el señor rector de la UASD daría lectura a la Ponencia sobre el Tema III: Criterios y Mecanismos para la Integración Docente-Asistencial.

La Tercera Sesión Plenaria quedaría presidida en su primera etapa por el doctor Abel Hernández, secretario ejecutivo de la Asociación Mexicana de Escuelas de Medicina y representante de la Facultad de Medicina de Guadalajara.

Leída que fuera la Ponencia se dio un receso.

La sesión se reinició bajo la presidencia del doctor Joaquín Solís Piura, representante de Nicaragua. Se invitó al doctor Alberto Vasco, de Colombia, a dar lectura a su Comentario a la Ponencia del Tema III.

Leído que fue el Comentario el secretario general de la Conferencia, pidió a los asistentes a la Plenaria se sirvieran señalar el Tema de preferencia para la discusión de grupos simultáneos.

Posteriormente se dio la palabra al doctor Rubén Vasconcelos de México para que diera lectura a su Comentario a la Ponencia al Tema III.

Al término de la lectura se dio apertura al período de discusión.

El doctor Francisco Jiménez, de Venezuela, interviene haciendo un Comentario general a la Ponencia y a los Comentarios, termina formulando varias preguntas a los Comentaristas, una de ellas relativas al cuestionamiento hecho a un grupo de profesionales médicos cubanos que han venido prestando ayuda en Jamaica.

El doctor Vasco responde a algunos de los interrogantes formulados por el doctor Francisco Jiménez.

La licenciada Lourdes Herrera de la República Dominicana, formula una pregunta en relación al personal médico en el equipo de salud.

El presidente hace un comentario a la pregunta.

El doctor Vasco hace unas aclaratorias en relación a la forma como se formuló la pregunta.

El doctor Guillermo Quiñones de El Salvador, interviene para plantear una pregunta en relación a un término de nueva creación como lo es la investigación. Añadiendo que debe establecerse claramente la definición de investigación.

El doctor Calventi de la República Dominicana, interviene sobre lo que en la Ponencia se llama tecnocracia médica, discrepando en esto con la afirmación formulada por el doctor Vasco en su Comentario.

El doctor Troncoso de Chile, señala que la Ponencia y los Comentarios son muy interesantes y que indiscutiblemente serán objeto de grandes discusiones en los grupos de trabajo. Comenta en lo general el contenido de la Ponencia haciendo señalamientos generales muy interesantes.

La doctora de Matos, de la República Dominicana formula varias preguntas al doctor Vasco en relación a la determinación que las mesas tienen en relación a la salud y los programas de atención médica.

El doctor Vasco interviene para responder a las preguntas formuladas, señalando que más que preguntas son afirmaciones.

Se da lectura a una nota suscrita por el doctor Guerra de la UASD, sobre los llamados niveles de atención médica.

El doctor Miguel Campillo, formuló algunas inquietudes sobre el tipo de programas de atención médica y de los recursos humanos que tenemos en nuestros países.

Doctor Rafael Barreto, de Venezuela, señala que es difícil criticar la Ponencia por cuanto sus autores no están presentes. En relación al Comentario del doctor Vasco de Colombia, manifiesta no estar de acuerdo con él cuando dice que la propuesta cubana que se aplique en la medida que sea posible el sistema de salud y educación de Cuba a los países latinos, considerando que la contribución es valiosa en efecto.

Se cierra la inscripción para intervenir.

Se concede el derecho de palabras al doctor Juan César García, representante de la OPS. Dice que conoce bien los diferentes aspectos de la revolución cubana y particularmente lo que atañe a la salud y a la educación, que puede servir de ejemplo y ser tomada por otros países en la medida de sus posibilidades.

El doctor Hesio Cordeiro se manifiesta en el mismo orden de ideas

formulado por el doctor Juan César García. Añade algunos comentarios de carácter general.

El doctor Otto Menéndez, de Guatemala, hace un comentario a la Ponencia cubana sobre los aspectos científicos que avalan la misma y hace algunos señalamientos en el campo de la Odontología.

La sesión se levanta después de algunas informaciones generales por el Secretario.

TEMA III

CRITERIOS Y MECANISMOS PARA LA INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL

Ponencia oficial

por LUIS RODRÍGUEZ RIVERA *

La integración docente-asistencial (IDA) ha sido definida como un proceso de interacción entre los docentes, los estudiantes y la sociedad, que tiene por objetivo principal el de efectuar la enseñanza-aprendizaje en condiciones reales y productivas (1).

La denominación "integración docente-asistencial" es inadecuada, porque la investigación científica, actividad esencial sin la cual no puede existir verdadera educación superior, no está incluida en el término. La definición señalada tampoco la contempla.

La investigación forma parte del proceso de aprendizaje y tiene gran valor en la formación profesoral. Ella posibilita además la participación activa de los docentes y los estudiantes en la solución de los problemas del país que se relacionan con la actividad científico-técnica (16). Es necesario vincular la atención médica, la enseñanza y la investigación. La adecuada y equilibrada relación entre ellas, y la recíproca influencia que cada una ejerce sobre las otras, refuerza la calidad de las tres actividades, sin que esto quiera decir que no puedan existir contradicciones entre ellas.

Por otra parte, lo asistencial se refiere sólo a los aspectos de recuperación y rehabilitación, haciéndose énfasis en lo primero, y ello constituye sólo una parte de lo que el estudiante debe aprender. Por consiguiente, el con-

* Decano de la Facultad de Medicina N° 3, del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Profesor Titular de Medicina Interna.

cepto de IDA tampoco incluye la promoción de salud ni la prevención de la enfermedad. En tal sentido, el término "atención" incluye los cuatro aspectos.

De acuerdo a todo lo señalado, creemos que una denominación más adecuada pudiera ser "integración docente-atencional-investigativa (IDAI)".

Cuando el proceso se lleva a cabo, el sector de servicios de salud y el sector de formación de recursos humanos se integran en mayor o menor medida. Integrar es unir entidades separadas en un todo coherente (2). Dícese también de las partes que entran en la composición de un todo, a distinción de las partes llamadas esenciales, sin las cuales no puede subsistir una cosa (15). En este proceso de integración no existe fusión de las partes que se integran, sino que ellas conservan sus objetivos bien precisos, y las tres actividades (docencia, atención, investigación) no son superponibles de manera simultánea. La atención médica consume tiempo y recursos, e igualmente la enseñanza y la investigación; y los actores principales del proceso (alumnos y profesores) han de cumplir las tres tareas con igual calidad, sin desfases, y teniendo presente que el objeto de su actividad es un ser humano. Se colige fácilmente que no se trata de un proceso exento de dificultades. El estudio de las contradicciones que surjan en el mismo y su análisis objetivo por los participantes, es elemento de importancia para el adecuado manejo de las mismas.

Es necesario destacar que la IDAI se produce en un medio social que en modo alguno es ente pasivo o secundario en este desarrollo, sino que interactúa con los otros elementos que lo componen, integrándose de hecho también en el proceso (4).

Finalmente, el proceso completo tiene un condicionamiento obligado a la formación económico-social en que se desarrolla —capitalista o socialista— y sus características particulares tendrán aspectos relacionados con el momento histórico y con las condiciones particulares del país donde se lleva a cabo.

CRITERIOS Y MECANISMOS

Existen diversos criterios sobre qué cosa debe llamarse IDAI puesto que, como se ha señalado antes (6), bajo este nombre se agrupan de manera imprecisa, distintos tipos de prácticas de servicio y formación.

Para superar esa indefinición, proponemos los siguientes requisitos:

1. Acuerdo conjunto de los organismos de educación y salud en relación con la IDAI (en el caso de que ambos sectores estén separados en la estructura estatal).
2. Formación del recurso humano en las áreas del trabajo real del sector salud.
3. Régimen de estudio-trabajo para los estudiantes a lo largo de la formación.
4. Los docentes, al igual que los estudiantes, deben participar en la IDAI de manera bien definida.
5. La investigación científica, como se dijo, debe formar parte del proceso.

Estamos en desacuerdo con designar como IDAI "a la participación de estudiantes en atención de la salud a nivel de la familia y la comunidad, y el trabajo junto a los clínicos generales acostumbrados a actuar a ese nivel" (5). Una práctica de este tipo niega la necesidad del docente, del elemento pedagógico, y su importancia en la formación del médico. En el proceso de enseñanza-aprendizaje, profesores y alumnos deben marchar juntos. Lo otro sería de hecho, formación artesanal de autodidactas.

El problema no consiste en entregar la enseñanza al personal asistencial, sino hacer que el personal docente participe decisivamente en la asistencia. Esto no niega, sino más bien presupone, la posibilidad de integrar al personal de atención primaria o secundaria no docente al proceso de enseñanza-aprendizaje, cada vez que existan las condiciones para ello.

Mecanismos

En un régimen socialista, en el proceso de la integración docente-atencional-investigativa existe un objetivo final, común a las partes que se integran: preservar la salud del pueblo. La atención médica tiene la responsabilidad por las acciones inmediatas; la educación forma los cuadros para esas acciones; la investigación ofrece basamento científico a ambas y es garantía del desarrollo de la ciencia. El sector educación, para esta formación, tiene premisas obligadas, a saber:

- a) Educar a los profesionales del sector de la salud tomando en cuenta las funciones y actividades concretas que va a realizar en su trabajo.
- b) Las perspectivas de desarrollo del sector salud en sentido general mundial y en particular respecto a su propio país.

El desarrollo de los servicios de salud es un proceso progresivo, ininterrumpido, más veloz en la era de la revolución científico-técnica y en los países del campo socialista.

El sector educación debe moverse consecuentemente con estos cambios. Visto así y teniendo en cuenta el fracaso de los currícula tradicionales en egresar "el médico que el país necesita" (7), los planes de estudio deben tener la posibilidad de perfeccionarse frecuentemente y tendrán características propias según las necesidades y el grado de desarrollo de cada país.

Resulta evidente que cualquier forma de integración docente-asistencial es superior a la formación teoricista del médico, el estomatólogo o la enfermera, en desconexión con la realidad social de su propio país (1).

Existen países en los cuales las Facultades de Medicina y las Escuelas de Enfermería pertenecen al sector responsable de la salud, aunque metodológicamente responden al sector educación; esta estructura estatal permite el desarrollo de las formas más logradas de IDAI.

En otros países las Facultades de Medicina pertenecen al Ministerio o sector de Educación, pero la enseñanza práctica se realiza en áreas de asistencia que pertenecen al Ministerio de la Salud. En estas condiciones puede existir también IDAI.

Finalmente, en otros países existen escuelas de Medicina que disponen de hospitales (hospitales universitarios). Aunque en estos hospitales se brinda asistencia a enfermos y en ellos trabajan alumnos y profesores, no se considera que existe IDAI, puesto que tales hospitales generalmente no tienen obligaciones con el sector salud. La crítica principal a esta estructura hospitalaria es su intensa carga biológica, su desvinculación de la comunidad, y su concentración en la enfermedad y no en la salud (5).

Cualquiera que sea la estructura, dos premisas son importantes, a saber:

1. La atención integral primaria en la comunidad debe tener el énfasis fundamental en la formación del estudiante, combinada con la enseñanza en hospitales. Entendemos por atención integral aquella que es preventivo-curativa y toma en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
2. La atención integral debe descansar en una estructura regionalizada de los servicios y tener como método para ejercer sus funciones el trabajo en equipos.

En el caso de que las escuelas pertenezcan al sector de educación y realicen la enseñanza en las áreas del sector salud, se considera imprescin-

dible una coordinación del más alto nivel para la planificación de las actividades educativas y de servicios, controladas y evaluadas por estructuras que alcancen el nivel de ejecución (14).

Si bien el trabajo de los docentes en atención médica, junto con la incorporación de los estudiantes a las labores de salud, constituyen herramientas esenciales para la ejecución de la IDAI, son al mismo tiempo fuente de las contradicciones que surgen en el proceso de su realización, por lo que se hace necesario un estudio cuidadoso por parte de las estructuras docentes, de servicios y de investigación acerca de las actividades de los profesores y de los alumnos, puesto que de lo contrario estas actividades quedarían incoordinadas, superpuestas o exageradas en cualquier sentido. En el nivel de ejecución, la incidencia de líneas directrices aisladas dejaría sin ningún control la contradicción docente-atencional-investigativa, y por tanto la agudizaría en grado extremo.

No existe duda de que este proceso significa un aumento en la cantidad de trabajo para los docentes. En tal sentido, el análisis de los factores de cantidad y calidad dentro de la IDAI se torna importante. De acuerdo a la necesidad de hacer simultáneas e integrar la atención, la enseñanza y la investigación, las actividades (discusión de casos, interconsultas, visita a una fábrica, etc.) requieren una mayor cantidad de tiempo. Si no se cumple con esta regla, no queda duda que la calidad de la actividad disminuye. Podríamos expresar lo mismo de otro modo, diciendo que la cantidad de trabajo asistencial o de servicios de salud que se podría realizar sin IDAI en una unidad de tiempo, aumenta considerablemente en relación a la que se puede realizar cuando existe IDAI. Por supuesto, este aumento es cuantitativo, pero con menos calidad que si existe IDAI.

La única solución a este problema es aumentar la cantidad de docentes; de lo contrario, la calidad de las actividades se afectarían de manera importante. Si referimos este aumento a los indicadores que determinen el número de profesores necesarios para una enseñanza tradicional, por una parte, y por otra a los que determinan el número de profesionales necesarios para una actividad de atención médica sin docencia, se podrán realizar cálculos que precisen la magnitud de este requerimiento de personal docente.

Es obvio que partimos del supuesto que la atención de salud al pueblo debe darse por el personal más calificado; aunque la labor estudiantil es importante, las decisiones en la asistencia, en los programas de salud o en la investigación deben estar en manos del personal docente u otro calificado para ello.

A pesar de estas u otras dificultades, es conocido que la IDAI puede proporcionar ventajas importantes, como son:

- a) Aumento de la calidad de la atención médica (en relación a la que se ofrecía antes de la integración).
- b) Aumento cuantitativo del espacio de enseñanza, que pudiera contribuir a dar una respuesta al incremento del número de estudiantes, sin sacrificar la calidad.
- c) Vinculación de la teoría con la práctica.
- d) Enseñanza con basamento científico.
- e) Dar solución a los problemas de salud.
- f) La enseñanza se ejerce en condiciones reales, es decir, donde se realizan las acciones de salud.

La participación de la comunidad es imprescindible y trascendente, tanto a nivel de planeamiento como de ejecución; esta participación debe hacerse por medio de las propias organizaciones comunitarias o populares. Las ventajas son conocidas: multiplicación de las potencialidades de las estructuras técnico-científicas, abatimiento de las tendencias tecnocráticas y, según algunos, recuperación del conocimiento médico para la comunidad (13).

En este último sentido queremos llamar la atención sobre esta corriente demagógica que parece estar de moda, y que se difunde con frecuencia en las publicaciones médicas. Se quiere, en aras de una supuesta posición antitecnocrática, subvalorar los logros científico-técnicos y todo el avance en la gestión de administración de salud; y plantearse qué comunidades extraordinariamente atrasadas, producto de este atraso de la explotación capitalista e imperialista, pueden dirigir y orientar los problemas de la salud.

Independientemente de que estamos en contra de las posiciones tecnocráticas, estos puntos de vista acerca de "la recuperación del conocimiento médico para la comunidad" parecen muy revolucionarios y realmente son profundamente reaccionarios. Estas campañas demagógicas pueden ser utilizadas para justificar acciones de salud realizadas por personal medio o poco calificado, y por ende viabilizarlas rápidamente y hacerlas menos onerosas desde el punto de vista económico. Conste que no estamos en contra del personal medio en el equipo de salud, sino a favor de su adecuada utilización.

Pueden además utilizarse, y esto es más importante aún, con el objeto de ocultar el hecho fundamental de que, para que puedan estas masas recuperar la salud, necesitan primeramente trabajo, vivienda, alimentación adecuada, vestidos y otros recursos materiales. Estos logros —basados en

el desarrollo de las fuerzas productivas mediante nuevas relaciones de producción— aumentarán por sí mismos el nivel de salud de manera muy importante.

Las condiciones materiales de existencia y la superestructura dependen, como es sabido, de la estructura económico-social. Es por modificar esta estructura que deben luchar los pueblos en nuestra época, y no contra la tecnología médica, que no es más que un subproducto de determinadas formaciones económico-sociales, y que morirá precisamente cuando desaparezcan las condiciones que la engendraron.

RELACIONES DE LA IDAI CON EL RÉGIMEN ECONÓMICO-SOCIAL

La concepción materialista de la historia, dijo Engels, parte de la tesis de que la producción, y tras ella, el cambio de sus productos, es la base de todo orden social; que la división social de los hombres en clases o estamentos es determinada por lo que la sociedad produce, cómo lo produce y el modo de cambiar sus productos. Según esto, las últimas causas de todos los cambios sociales no deben buscarse en las cabezas de los hombres, sino en las transformaciones operadas en el modo de producción y de cambio; han de buscarse no en la filosofía, sino en la economía de la época de que se trata (12).

Decir hoy que educación y salud son determinados por el régimen económico y social, o señalar que los subsistemas de educación y salud son subordinados, y que el sistema determinante en última instancia es el régimen económico y social, no es algo que llame la atención, o que permita identificar la filiación política de quien lo señala, ya que se trata de una verdad que casi nadie cuestiona.

El sentido y la utilización de la IDAI, como proceso desarrollado en los sectores de salud y educación, dependerá de las funciones que en una determinada estructura económico-social tengan los sectores mencionados. Por tanto —y esto es un hecho esencial— una determinada forma de enseñanza-aprendizaje, de investigación y de prestación de servicios, como la IDAI, puede tener un sentido, una proyección, y una utilización totalmente diferentes según sea el régimen económico-social donde se desarrolle.

Veamos este importante problema con mayor detalle.

Se ha señalado que en un país capitalista, los sectores salud y educación cumplen, en esencia, las siguientes funciones (8), en tanto sirvan sólo y estrictamente a dicho régimen:

1. Contribuir a la reproducción y conservación de la fuerza de trabajo a través de diversas formas de práctica médica.
2. Contribuir al aumento de la producción "plusvalía". Las comillas son nuestras. Plusvalía se refiere a la parte del trabajo del proletariado que se apropia el capitalista. Sería más correcto decir ganancias por medio de la expansión del mercado interno (consumo de medicamentos, consumo de tecnología médica, salud como consumo).
3. Reducción de las presiones existentes (demanda de atención a la salud del pueblo).
4. Capacitación de la fuerza de trabajo (en las nuevas condiciones de desarrollo científico-técnico).
5. Formación de intelectuales, ideólogos y profesionales como funcionarios orgánicos al sistema.

Si tales son los objetivos finales de estas estructuras, un cambio como la IDAI, que mejoraría la calidad de la prestación de servicios y la formación de recursos humanos, contribuiría en último término a reforzar la posición de la clase dominante.

Sin embargo, otros consideran a la integración docente-atencional como un mecanismo que permite la formación de un profesional en estrecho contacto con la realidad, que desarrollaría su conciencia, llevándole a la comprensión de su papel en la sociedad, y al desarrollo de una proyección más colectivista y menos individual (7). Esta ventaja no se obtendría con los planes tradicionales, que como se sabe, forman generalmente un ente profesionalizado, acrítico, con limitada creatividad, elitista e individualista.

No negamos el papel de las ideas. Sabemos que aunque generadas de la vida material de la sociedad, ellas pueden a su vez transformar esta realidad a través de la práctica social; pero es oportuno señalar claramente que las acciones en los sectores salud y educación pueden contribuir a los cambios trascendentales mediante la creación de conciencia; pero no más allá. Ni la IDAI ni los *curricula* innovadores ni las rupturas de las relaciones tradicionales entre alumnos y profesores ni la enseñanza modular ni la tecnología educacional moderna pueden modificar, para bien o para mal, la esencia del régimen burgués. Sólo en una sociedad libre, donde exista la propiedad social de los medios de producción, donde el plus-producto se utilice para desarrollar salud y educación para todo el pueblo, tendrán su máximo desarrollo y su adecuada utilización estas u otras innovaciones.

Sin embargo, no ponemos en duda la posibilidad de trabajar positiva-

mente en otros países de América Latina: conocemos perfectamente que existen numerosos y valiosos esfuerzos, por lo que en modo alguno propugnamos la inacción, en espera de que se produzcan los cambios sociales y económicos.

LA IDAI EN CUBA

La integración docente-atencional en nuestro país tiene dos etapas históricas:

1ª etapa (1960-1976). Desarrollo de la IDAI en sectores de salud y educación independientes dentro de la estructura estatal.

2ª etapa (1976). Creación de los Institutos Superiores de Ciencias Médicas dentro del Ministerio de Salud Pública con la supervisión metodológica del Ministerio de Educación Superior.

En la ponencia de Cuba a la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, organizada también por la UDUAL, se expuso un detallado análisis histórico de la educación médica en Cuba, donde se pone en evidencia la ausencia de integración docente-atencional en la enseñanza de la medicina antes del triunfo de la Revolución, en el sentido que la concebimos (9)

Era la época de la "crisis médica", del éxodo de técnicos, de la corrupción administrativa, de la ausencia de desarrollo de la salud pública, de la gran medicina privada, de la enseñanza enciclopedista con énfasis en la enfermedad y escaso desarrollo de la investigación científica. El plan de estudios que existía al triunfo de la Revolución en 1959 se había mantenido vigente desde 1939.

Después del triunfo de la Revolución se produjo una intensa lucha de clases, que en la Universidad se tradujo por el hecho de que en agosto de 1960 sólo quedaron 16 profesores en la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana, la única existente entonces en el país, por la renuncia masiva de un profesorado profundamente reaccionario, incapaz de aceptar los cambios.

La Ley de Reforma de la Enseñanza Superior (1962) dio lugar a un nuevo plan de estudios médicos y un sistema de becas para los estudiantes y ampliación de las áreas clínicas, fundamentalmente a base de hospitales. Junto al escaso número de profesores que dieron un hermoso ejemplo a la joven generación médica de aquel momento, otros grupos de valiosos profesionales tomaron en sus manos las banderas de la enseñanza.

En 1961, los hospitales universitarios fueron traspasados al Ministerio de Salud Pública; los nuevos docentes se contrataron a tiempo completo y dedicación exclusiva; se determinó que eran, al mismo tiempo, miembros de las cátedras universitarias y médicos de los servicios hospitalarios; incluso el pago del salario quedó dividido a partes iguales entre los sectores salud y educación.

Esta incorporación de los hospitales universitarios al Sistema Nacional de Salud, y la integración de los nuevos docentes a la asistencia, fueron el embrión de la IDAI en Cuba.

La Revolución hizo que el desarrollo del Ministerio de Salud Pública se tornara vertiginoso; se crearon los primeros hospitales rurales, y se implantó el servicio médico-rural. Se puso gran énfasis en la medicina preventiva y se construyeron nuevos hospitales; la "crisis médica" (falta de empleo) desapareció automáticamente, y se hizo evidente una gran necesidad de médicos, estomatólogos, enfermeras y técnicos medios, para cubrir las necesidades de salud del pueblo, insatisfechas durante largos años. Esta demanda de recursos humanos se hizo más aguda con el éxodo del 50% de la entonces llamada "clase media" cubana, grupo que respondió a su ideología abandonando el país.

La Revolución respondió a su vez con la formación masiva de médicos, y la extensión de la enseñanza a otras unidades asistenciales del Ministerio de Salud Pública. Se crearon las escuelas de Medicina de Oriente y Las Villas, con el apoyo del Ministerio de Salud Pública y de la Escuela de Medicina de La Habana. En 1965 se define el marco conceptual de la educación médica cubana y en ese mismo año estudiantes y profesores renunciaron al ejercicio privado de la profesión (11).

El profesional médico formado en Cuba ha demostrado repetidamente, tanto en nuestro país, como en la ayuda internacionalista a otros pueblos, su gran calidad humana y científica.

El estudio-trabajo, y su vinculación a las áreas de salud se inicia en 1971-1972. Este cambio, de gran trascendencia, llevó a los alumnos de los dos primeros años de las carreras de medicina y estomatología al trabajo en el área de salud en base a los programas del Ministerio en el Policlínico Integral.

Esta época se caracterizó por un importante desarrollo de la integración docente-atencional-investigativa. Sin embargo, la estructura que existía impedía una profundización mayor de esta integración; la contradicción docente-atencional, no siempre controlada, se agudizaba o atenuaba según el número de alumnos, la ayuda a otros países, las necesidades del desarro-

llo, la falta de una organización coherente del propio proceso de integración docente-atencional-investigativa, y otros factores.

Para los años en que comienza el desarrollo del estudio-trabajo, el Ministerio de Salud Pública cubano podía exhibir logros (10, 11) que como se sabe, han tenido repercusión mundial y de los cuales eran partícipes los médicos formados en nuestras escuelas médicas. En apretada síntesis pueden resumirse así:

1. Creación de un sistema nacional de salud con los siguientes principios:

- a) La salud del pueblo es responsabilidad del estado.
- b) Todo el pueblo tiene acceso a los servicios de salud, que son gratuitos.
- c) La comunidad debe participar activamente en los programas de salud.
- d) Los servicios de salud tienen carácter preventivo-curativo.
- e) Los servicios de salud se plasman e integran con el desarrollo económico social del país.

2. Existencia en el sistema de gran número de unidades. De ellas 255 son hospitales y 326 son policlínicos y 56 son hospitales rurales. Hay 9 000 profesionales médicos, 96 clínicas estomatológicas, 34 laboratorios de higiene y epidemiología y 18 bancos de sangre (11). El sistema garantiza una buena cobertura por la dispersión de las unidades en todo el país.

3. Como en cualquier otro sistema, estas unidades o servicios están interrelacionados, funcionando en varios niveles de tal manera que los más desarrollados pueden dar ayuda técnica y científica a los menos desarrollados.

El éxito del sistema se ha traducido en logros de extraordinaria trascendencia para el pueblo cubano, entre los cuales se cuentan:

- a) Marcada reducción de la mortalidad infantil y materna.
- b) Desaparición de las formas graves de tuberculosis infantil, como la meningitis tuberculosa.
- c) Marcada reducción en la incidencia y la mortalidad por tuberculosis.
- d) Erradicación de la poliomiélitis, la malaria y la difteria.
- e) Marcada reducción del tétanos y desaparición del tétanos neonatal.
- f) Reducción importante de la mortalidad infantil por gastroenteritis.

En los últimos años el más completo desarrollo de la atención primaria ha centrado la atención del Ministerio de Salud Pública, desarrollándose la medicina en la comunidad.

Nuestra comunidad, la comunidad cubana, es total, en nuestro pueblo trabajador; no es una fabela ni una villa miseria ni un área de demostración. Los planes para esta atención primaria, alcanzan a toda la población. Cuando hablamos de medicina en la comunidad no hablamos de ninguna especialidad nueva, sino de una modalidad de realizar el ejercicio médico estomatológico en la comunidad.

Esta nueva proyección se basa en el condicionamiento que tiene el proceso salud-enfermedad por la interacción entre el hombre con sus aspectos sociales, psicológicos y biológicos y el ambiente en que vive; ella investiga este proceso, e incorpora de manera decisiva a la comunidad en las acciones de salud que se realizan (4).

La atención médica primaria se realiza en nuestro país, además de por un médico general, por 4 especialidades básicas: medicina interna, pediatría, obstetricia-ginecología y estomatología que tienen la mayor responsabilidad en ella.

Además de su carácter integral, la sectorización constituye otro elemento trascendente que la caracteriza. En este tipo de organización, el médico de atención primaria se responsabiliza con un número de habitantes, según los grupos de edades y sexo de la población que integra el área de salud. La relación médico-paciente tiene el máximo desarrollo en este tipo de atención.

Esta asistencia es además, continuada; el médico y el equipo atienden al ciudadano tanto en el policlínico como en su domicilio, círculo infantil, escuela o centro de trabajo que se encuentre en el área de salud. Si alguno de sus enfermos ingresa en el hospital, allí concurre para aportar los datos que de él conoce y recibir la información necesaria para continuar la atención del paciente al alta.

Algunas enfermedades que requieren atención y control periódicos, han sido dispensarizadas, estableciéndose su registro y control en las unidades de atención primaria. Se controlan de esta forma la tuberculosis, la diabetes, el asma, la hipertensión arterial y la epilepsia, y otras.

Esta atención primaria se basa en la regionalización, en el trabajo en equipos horizontales y verticales, y en la participación activa de las masas organizadas de la comunidad (Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas y otras organizaciones).

La reciente creación del policlínico docente comunitario ha sido el logro

más acabado de esta forma de atención, que brinda oportunidades superiores de asistencia, enseñanza e investigación del proceso salud en enfermedad, en la propia comunidad. La programación docente incluye marxismo-leninismo, sociología, administración de salud, epidemiología, bioestadísticas, demografía, higiene, psicología y otras materias.

El sector educación debe, en un futuro inmediato, adecuar los planes formativos a estos nuevos desarrollos de nuestro Sistema Nacional de Salud.

En 1976, se establece, por la ley 1307 de nuestro país, la creación de los Institutos Superiores de Ciencias Médicas de La Habana, Las Villas y Oriente, y su paso al Ministerio de Salud Pública. Por la ley 1306 del mismo año, se crea el Ministerio de Educación Superior, el cual debe orientar y supervisar, desde el punto de vista metodológico, a estos institutos.

Con estas leyes se lleva a cabo uno de los cambios trascendentales ocurridos en la educación médica en este hemisferio, capaz de producirse solamente cuando el pueblo entra directamente a decidir sus propios destinos, cuando en un país ya no existen ni el capitalismo ni el fascismo.

Somos el primer país en América Latina donde la atención médica y la formación de recursos humanos se encuentran integradas en un solo organismo; esta nueva estructura permitirá una nueva y gran profundización en la integración docente-atencional e investigativa en nuestro país, la cual tendrá énfasis principal en la atención primaria, y que ofrece perspectivas de desarrollo muy importantes para nuestro pueblo en las tareas de educación y de salud pública.

Agradecemos la colaboración en la realización de esta ponencia a los profesores Leopoldo Araujo, Pablo Carlevaro, Ramón Casanova, Jorge Castro, Roberto Douglas, Helenio Ferrer, Fidel Ilizastigui, José Oubiña, Eduardo Pelayo y Mayda Pérez Pupo, así como al estudiante Eduardo Montenegro.

BIBLIOGRAFÍA

1. *IV Taller sobre Educación para la Salud*. Documento del Grupo A, OPS 1975, Washington.
2. *Pequeño Larousse Ilustrado*. Ed. Rev. La Habana, 1958.
3. *Documento Xochimilco UAM*, México, 1976.
4. *Fundamentación para un nuevo enfoque de la medicina en la comunidad*, MINSAP, Cuba, 1976. Washington.
5. Ferreira, J. R., *Misión del hospital a la luz de las nuevas tendencias*

- en educación médica. Ed. Médica y Salud, vol. 10, N° 2, pág. 140, 1976.
6. *IV Taller sobre Educación para la Salud*. Documento del grupo C, OPS, 1975, Washington.
 7. *Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en América Latina y el Caribe*, Ed. Médica y Salud, vol. 10, N° 2, 1976.
 8. *Elementos de discusión para el análisis de la investigación docente-atencional*. Maestría de Medicina Social, UAM Unidad Xochimilco, México, 1976.
 9. Llorens, J. A., Araujo, L., Douglas R., Pelayo E., Ordóñez, C. y Rodríguez E., "Combinación del estudio y el trabajo en la formación de los profesionales de la Facultad de Ciencias Médicas. La Habana." *Universidades* N° 62, octubre-diciembre, 1975.
 10. De la Torre E. y Casanova R.: "The teaching polyclinic: a model for community medical care". *Teaching and research impact of sciences*, vol. 26, N° 4, 1976.
 11. Cuba: *La salud en revolución*, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1975.
 12. Engels, F. *Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana*. Orbe Edit. La Habana, 1962.
 13. *Aspectos teóricos de la medicina comunitaria*. Informe preliminar del Grupo de Estudio Sobre Medicina Comunitaria. Ed. Médica y Salud, vol. 9, N° 1, 1975.
 14. Ilizastigui, F. *Factores que convulsan la educación médica* (en prensa).
 15. *Sapiens. Enciclopedia Ilustrada de la Lengua Castellana*. Edit. Sopeña, Argentina, 1949.
 16. Tesis y resoluciones del 1er. congreso del PCC, Cuba, 1975.

TEMA III

CRITERIOS Y MECANISMOS PARA LA INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL

Comentario oficial
por ALBERTO VASCO U.*

La ponencia que me ha correspondido comentar a mucha honra, se divide en dos partes. La primera, con algunas consideraciones generales y conceptuales de lo que es o debe ser la integración docente asistencial y la segunda, cómo ha sido la historia de esa integración en Cuba, cuál su situación actual y cuáles sus perspectivas.

Voy a referirme de manera especial a la primera parte por varias razones. En primer lugar, por tratarse del marco conceptual, marco que es necesario precisar, ampliar y profundizar, pues como el autor lo anota, adolece de vacíos e imprecisiones. En segundo lugar, porque por su carácter general, puede contribuir a una mayor riqueza en la discusión de la reunión y a un mayor grado de participación de todos los asistentes, y en tercer lugar, porque la experiencia cubana es de tal manera específica, que sólo me atrevo a tratar de entenderla, reconociendo grandes limitaciones para ello y mucho más para hacer un comentario en profundidad. Debo advertir que algunos de los comentarios hechos, no se refieren a puntos específicos de la ponencia sino que surgen como consideraciones generales que he juzgado conveniente introducir.

La ponencia plantea de entrada un punto de gran interés. Es la ausencia de la investigación en el proceso de integración docente asistencial, tal cual

* Jefe del Departamento de Ciencias Básicas de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía, Colombia.

ha sido planteado. Al hacer este señalamiento, de paso se refiere a otro punto básico: qué se entiende por el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El que la investigación es un componente que puede contribuir eficazmente a resolver los problemas de una enseñanza-aprendizaje en la práctica asistencial, es uno de los aspectos sobre los que más hay que insistir. Una docencia en la práctica, sobre todo en una práctica limitada a la atención del médico al paciente, restricción también impregnada por el autor, conduce a un continuismo, a una aceptación de un conocimiento ya acabado, lo que está lejos de ser considerado como un adecuado aprendizaje.

La investigación, por el contrario, aplicada a un concepto amplio de atención médica como se propone en la ponencia, permite resolver, en parte al menos, estas limitaciones. En otras palabras, hay que entender la investigación como parte de esa práctica de atención médica, o lo que es mejor, hay que hacer que la práctica de la atención médica, sea investigadora. Hay que hacer que la investigación, como actividad y como espíritu, florezca a todos los niveles de esa atención médica en su acepción más amplia y comprensiva.

Sin embargo, esta afirmación que pudiera ser aceptable, tiene una serie de supuestos que es necesario hacer explícitos, especialmente en el aspecto de para qué se da esa integración, y más que para qué, lo que hay que plantear con claridad es la relación que existe entre un determinado tipo de docencia-aprendizaje, y un determinado tipo de práctica médica.

Si miramos con cuidado, integración docente asistencial, o integración docente atencional investigativa (IDAI) como la propone el autor, siempre ha existido. Es más, ha sido la base de la formación del personal en salud, especialmente médico. Lo que ha sucedido es que las bases sobre las que descansa esa integración, se refieren a una práctica médica particular, históricamente dada y que no siempre coincide con metas académicas o propósitos ideales.

El autor enfoca este aspecto de una manera tangencial, quizá por provenir de una práctica social como la cubana, en la cual el problema que estoy planteando ha sido superado, o está en vías de ser superado, por una práctica social y política.

De todas maneras las referencias que hace a una sociedad socialista y las vagas afirmaciones de que algo se puede hacer en cualquier parte, no son gran contribución a este respecto.

Retomando la idea del párrafo anterior, puede decirse en rigor, que la forma como se ha desarrollado la docencia en posgrado, a partir de la escuela americana, es una verdadera integración docente asistencial, incluso

en la forma IDAI, en la medida en que el residente médico en proceso de especialización, aprende atendiendo con profesores y prácticamente es lo único que hace durante tres años. Sin embargo al oír hablar de integración docente asistencial, lo que uno percibe es que se pretende al menos implícitamente, oponer la IDA a la actual forma de docencia, como si esto no fuere IDA. Se pretende oponer un método particular a una tendencia social e histórica. Yendo más lejos, lo que a veces se pretende hacer, es llevar esa integración, tal como se hace en la residencia, al pregrado y aun a los niveles intermedios.

Es en esta situación en la que el problema se agudiza, pues es en el nivel intermedio y de pregrado, en donde la tendencia a aceptar lo que se enseña es más acrítica, el argumento de autoridad es más viable y contundente. Esto puede ser aún más grave cuando es avalado por una revolución triunfante.

¿Cuál es el papel de aquel que es formado en una profesión?

¿Cumple un papel el especialista egresado de una residencia?

El autor reconoce la inutilidad de seguir preguntándose qué tipo de profesional necesita el país. Yo he dicho que el problema es plantear qué tipo de país necesita el país. Yo he dicho que el problema es plantear qué tipo de país necesita un buen profesional, o mejor, a qué tipo de país corresponde una determinada estructura profesional.

La necesidad que plantea el documento de integrar la educación con la atención médica, restringida a integrar un ministerio de educación con un ministerio de salud, es, en el mejor de los casos, una simplificación que paga serios tributos al formalismo. Restringiéndonos a este aspecto ministerial, ¿cómo puede integrarse, aun hacia adentro del ministerio de salud, una práctica tan contradictoria como la medicina privada y la asistencia pública? ¿Es que la existencia de subsectores, como se ha denominado eufemísticamente a la realidad latinoamericana, no es un error u omisión sino una necesidad de una estructura social históricamente determinada? O ¿cómo puede integrarse hacia adentro un ministerio de educación, que albergue en su seno la educación privada y la educación pública? ¿Cómo podrá, si es ésta la situación de desintegración de uno y otro ministerio, lograrse una integración entre los dos? ¿Una integración entre lo desintegrado? ¿Cómo puede lograrse la integración entre una educación (ya no ministerio) que pretenda eliminar una enfermedad, con una práctica social que la produce, que la produce a veces desde la misma educación? ¿Podrá enseñarse a prevenir la contaminación en una práctica contaminante?

Pero este panorama de desintegraciones, de ser total como lo estoy descri-

biendo, sólo justificaría la integración propuesta, como una salida, y lo que sucede es que esa desintegración sólo es real desde una perspectiva, pero también es cierto que existe una enorme y sólida integración entre la docencia especializada y la práctica privada de la medicina. Una gran integración entre la atomización de las ideas y la práctica de la medicina de seguridad social o de la asistencia pública.

En otras palabras, se puede aceptar que hay desintegración entre sectores, lo que lleva a algunos (ciertamente no al autor de la ponencia) a proponer la integración como una salida, pero hay que aceptar que lo que existe es una enorme integración de los sectores a un sistema de clase social muy claro y específico.

A pesar de que esto es reconocido en el texto que comento, la insistencia en presentar diversos modelos de relación entre educación y salud sin promover la necesidad de un marco histórico que lo explique y lo oriente, es un vacío que hay que llenar.

Se plantea la recarga de trabajo en el docente que implica un IDAI, para concluir en la necesidad de aumentar el personal docente. Este punto es importante tenerlo en cuenta, pues desde otras perspectivas, la integración docente asistencial se propone precisamente para solucionar la falta de docentes, y no sólo la falta de docentes, sino la falta de atención médica. Con la suma de dos deficiencias se pretende, por algunos, resolver el problema de la docencia y de la asistencia.

El autor recalca este punto cuando plantea que la participación de la comunidad es esencial en este proceso pero, al mismo tiempo, señala que no se trata de una utilización demagógica de la comunidad y su poco conocimiento en salud, sino de utilizarlo adecuadamente.

En este punto hay algo que vale la pena comentar. Apunta el doctor Rodríguez a las tendencias que sobrevaloran los conocimientos de la comunidad, sólo para justificar una mala e incompleta atención médica para ciertos sectores y en esto creo que tiene razón. Sin embargo, la afirmación de que "comunidades extremadamente atrasadas puedan dirigir y orientar los problemas de salud es una posición reaccionaria" debe ser estudiado más en profundidad.

Me parece que el problema tiene dos aspectos. El primero es el papel de la comunidad en un proceso de cambio, problema esencialmente político en el que sería necesario estudiar, no sólo el papel de las masas sino también de la organización política, de la intelectualidad, etc., asunto que no profundizaremos pero sobre el que parece haber un acuerdo, al menos teórico, en la importancia de esas masas, "comunidades extremadamente

atrasadas" en ese proceso de cambio. El otro, es el problema mismo del conocimiento de la población, conocimiento limitado históricamente por una estructura social. Plantear, como el autor, que lo importante es utilizar ese conocimiento adecuadamente a los diversos niveles (niveles de desarrollo entiendo yo), me parece que no resuelve el problema por él planteado, pues supone, al menos en el texto, ese conocimiento como algo estático. El reconocimiento de una situación dada en un momento, en cuanto al conocimiento que de los problemas de salud tiene la comunidad, no sólo sirve para utilizarlo adecuadamente sino para destruirlo transformándolo. Se trata, pues, de crear las posibilidades de que el conocimiento de las personas se transformen permanentemente. El certificado de aptitud que otorgamos al personal auxiliar, un promotor de salud por ejemplo, no debe convertirse en poste que marque el final del camino de su conocimiento y el inicio de su utilización, sino en un escalón que le permita llegar a otros niveles de perfeccionamiento.

Reafirma la idea de que son las condiciones político-económico-sociales las que modifican la situación de salud y no la participación de la comunidad o la lucha contra la tecnocracia médica. O los IDAI agregaría yo. Pero si bien yo acepto esta posición, es decir, el privilegio de la determinación histórica, debo asumirlo en una forma no mecánica; la afirmación de que la tecnocracia médica desaparecerá cuando desaparezca la estructura que la genera, es por lo demás discutible a la luz de la experiencia histórica. La supervivencia de la estructura ideológica de clase no puede negarse ni en el plano de la tecnocracia médica ni en ningún otro, y hacerlo es una vana ilusión. Este punto está más relacionado con lo tratado en el subtítulo "Relaciones del IDAI con el régimen económico social", en el cual se trasluce una posición, emparentada con la anterior, que supone que un instrumento organizativo, por ejemplo el IDAI, depende de la estructura o régimen en el que se ubique, pero él, en sí mismo, es igual; posición que se reafirma cuando dice que las funciones de un ministerio de salud en un país capitalista son, etc., como si en una sociedad socialista tuvieran que existir ministerios en los que sólo algunas funciones se modifican, pero manteniendo la misma jerarquía (tecnocracia médica), la misma concepción de la división del trabajo, etc. Esta anotación la hago, no sólo por la ponencia en estudio, sino por muchas otras que he tenido oportunidad de leer y sobre todo por una práctica que aunque conozco desgraciadamente poco, muestra la vigencia, la injerencia, la presencia de toda una tecnología claramente identificable con la OPS/OMS en Cuba, práctica que supone, a mi entender, que las técnicas y los instrumentos son objetos neutrales

en sí mismos que no reflejan una estructura social, sino que se explican en forma independiente de una determinada realidad histórico-social.

Es esto lo que conduce a mi manera de ver a que en la ponencia no pueda esclarecerse el problema central, es decir, cuál es el papel de la atención médica en una sociedad y en su proceso de transformación y que en ella se diga, al mismo tiempo que: 1. La salud depende de la estructura socio-económica. 2. El IDAI también. 3. El IDAI algo puede hacer en cualquier parte.

Pienso que la discusión sobre los puntos levantados esquemáticamente aquí, puede colaborar en ese esclarecimiento.

TEMA III

CRITERIOS Y MECANISMOS PARA LA INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL

Comentario oficial

por RUBÉN VASCONCELOS *

Para comentar con fruto un trabajo claro y preciso como el del doctor Luis Rodríguez Rivera, el mejor camino es destacar, también con claridad y precisión, las ideas centrales del autor; expongo a continuación las que a mi modo de ver entran en esta categoría.

“Es necesario vincular la atención médica, la enseñanza y la investigación.” Esta tesis me parece irreprochable y de gran fecundidad; la investigación transforma un mecanismo, la enseñanza-aprendizaje, en una obra, la educación; la información mecanizada y rutinaria, en formación, así la profesional como la científica.

En cuanto a la “indefinición” de los criterios que guían la práctica o el desarrollo de esa tesis, existe vaguedad; y los cinco requisitos propuestos por el autor son atinados, pero convendría aclarar en lo relativo al quinto (investigación científica) lo que en este caso se debe entender por “investigación científica”; en cuáles de sus aspectos participarán quienes no sean investigadores de carrera y cuál es la colaboración que se espera de los clínicos y de los estudiantes, pues la idea del autor es la de propugnar la participación del docente, aportador del “elemento pedagógico” que contribuirá, además, a inducir un cambio en la actitud mental del “clínico general” y del “personal asistencial”, a modo de volver a familiarizarlos

* Exfuncionario del Proyecto A-36 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

con la pesquisa del caso clínico, con la *praxis* médica científicamente elaborada; con el empleo cotidiano del razonamiento y la formulación de hipótesis lógicas, inductivas o deductivas, aplicables a los hechos y a las afirmaciones del paciente, así como a las circunstancias del medio en el que éste se encuentre. Este pensamiento es acorde con los puntos de vista de Alfredo Lanari, de Buenos Aires, quien atestigua el cambio de actitud cuando los estudiantes del primer año, imaginando que "la investigación representa un microscopio y un laboratorio alejado de los enfermos", oyeron con sorpresa y entusiasmo que la investigación en el enfermo es posible y "su objeto es resolver algunas facetas, o toda la enfermedad".¹

En cuanto a los "mecanismos", fue necesario, como lo señala Luis Rodríguez Rivera, convencer al clínico y al docente "teoricistas" de que no únicamente la investigación experimental es científica, ni lo es sólo porque se apoya en los métodos instrumentales. También pertenecen a la ciencia, y son indispensables para investigar los métodos lógicos, la observación, la inducción, en una palabra, el razonamiento, sobre el cual se apoye lógicamente una hipótesis diagnóstica que deberá ser puesta a prueba en las formas adecuadas, también científicamente orientadas y realizadas.

La implementación de estos mecanismos hizo posible, sin duda, que ya en la ponencia de Cuba en la IX Conferencia anterior, se informara sobre los resultados de las actividades de investigación, desde el primer "encuentro científico" en 1969 en donde se presentaron los primeros 89 trabajos sobre temas de ciencias básicas y medicina, hasta los resultados de las siete Jornadas Científicas estudiantiles en las cuales se habían presentado 2 330 trabajos hasta fines de 1975.²

Me parece, como al doctor Rodríguez Rivera, que el fracaso en la formación de médicos "que cada país necesita" se debe, sobre todo, al haber otorgado más importancia al *curriculum* que a la metodología y a la verdadera asimilación del pensamiento científico, cuyo papel es fundamental en la educación médica.

Coincido también con Rodríguez Rivera en señalar lo demagógico de orientar unilateralmente hacia las comunidades marginales a los jóvenes estudiantes todavía poco calificados; creo que esto favorece el error señalado por el autor, de inducir a los jóvenes a una práctica prematura, ru-

¹ Lanari, A. "El trabajo científico-investigativo en la formación de los profesionales de la salud". *Universidades* N° 62, p. 36.

² Amador García, M. *et al.* (Fac. de M. Med., U. de La Habana), "El trabajo científico-investigativo en la formación de los profesionales de la salud". *Ob. cit.* pp. 90, 100.

tinaria y banal, empírica en el mal sentido de la palabra. Parece como si este proceder esté basado en un criterio burdamente conductista, perceptible en algunas de las llamadas nuevas técnicas de aprendizaje, muy en boga en algunos países tecnocráticos en donde se difunde, y puede producir fenómenos de colonización intelectual, como podría serlo también el suponer que el hospital "universitario" es el modelo óptimo de aprendizaje y servicios médicos.

Es evidente que en nuestros países es preferible la asociación de estudio y trabajo mediante el cual se implementa en la realidad la solución de un problema vital en nuestros países y señalado por Medina Echavarría hace ya una década: la vinculación entre la educación y la estructura social,³ concepto en todo equivalente a la vinculación "docente-atencional" como la llama Rodríguez Rivera. Las dos premisas para lograr una buena atención médica son también inobjtables:

1. Unión de la atención primaria integral de la comunidad con la atención clínica hospitalaria.
2. Regionalización y trabajo en equipos de la atención integral.

La afirmación del autor donde dice "la tecnocracia médica es un subproducto de determinadas formaciones económico-sociales"... coincide con la afirmación, ya generalmente aceptada, de que la medicina en cada país y en cada época es una consecuencia y un reflejo de la cultura y la sigue en sus variaciones. A pesar de la evidente similitud de estos postulados "las relaciones de la IDAI con el régimen económico-social donde se ha desarrollado", ha sido el punto crítico de la ponencia de Luis Rodríguez Rivera, en función de factores llamados ideológicos, pero que podrían ser sólo prejuiciales.

Como en cierto modo mi participación con este comentario fue resultado indirecto de alguna de esas actitudes, he debido examinarlas con cuidado para fundar debidamente mi exposición.

En esta parte de la ponencia de Rodríguez Rivera he encontrado sólo la frescura y el vigor derivados de la descripción franca de hechos, no de hipótesis, teorías o vanas promesas. Ahí se dice menos de lo logrado por la medicina en Cuba, como pudimos comprobarlo quienes observamos, así fuera fugazmente, la situación de médicos, policlínicos y hospitales cubanos en 1975.

³ Medina Echavarría, J. *Filosofía, educación y desarrollo*. Textos del ILPES, Ed. Siglo XXI, México, 1967, pp. 105 y sigs.

No hay una línea en el trabajo que comento, en donde se exageren los logros o donde se hagan parangones con algún otro país en particular.

No se justifica entonces el tratar de cuestionar lo obtenido ni atribuir una segunda intención al ponente que sólo es objetivo, aunque entusiasta, mientras las críticas parecen ser meramente subjetivas y tal vez suspicaces.

Dentro de las circunstancias que no debemos olvidar, dos me parecen importantes en este punto; la primera sería considerar el marco en donde se realiza esta conferencia, la décima de una serie de reuniones médicas siempre vistas como tribunas del pensamiento libre, ofrecidas por la UDUAL, esa benemérita institución que ha logrado hacer una realidad la "ineludible cooperación latinoamericana", en concepto de Medina Echavarría indispensable si queremos gozar de cierta autonomía creadora de la ciencia,⁴ o más sencillamente, un coloquio en donde exponer nuestros anhelos o nuestros esfuerzos como médicos en países que quieren forjar un futuro acorde con su cultura y grato para sus pueblos.

La segunda condición es realizar nuestras actividades en esta reunión con la objetividad y honradez intelectual de quienes pretendemos continuar el proceso de modificar la medicina tradicional, orientada a la enfermedad y su curación con base biológica y, por ello, poco inclinada a estudiar los otros factores, no biológicos, que contribuyen a la pérdida de la salud.

Ante los vigorosos triunfos de la medicina preventiva, orientada preferentemente a la sanidad, es indispensable llevar adelante la transformación efectiva de la medicina biológica en una disciplina biopsicosocial que comprenda el examen sistemático, interdisciplinario de los factores sociales productores de enfermedades, lo mismo en los individuos que en las sociedades. Esta inquietud no es regional; George L. Engel, profesor de la Escuela de Medicina de Rochester, acaba de plantear, muy recientemente, esa necesidad "en el mundo real del cuidado de la salud".⁵

Una empresa de tal envergadura no se realiza de pronto y sin esfuerzo, o limitado éste en el área de la práctica médica; es en la formación de las nuevas generaciones en donde podemos luchar porque los médicos comprendan la urgencia de atender la salud y la enfermedad, así como de establecer los nuevos mecanismos necesarios para que sus actividades lleguen de veras a los grandes grupos populares.

Visto así el problema, niegan su filiación en la docencia de la medicina moderna quienes rehúyen al examen objetivo de los hechos políticos, eco-

⁴ Ob. cit., p. 255.

⁵ Engel L., G. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedical Science". *Science*, vol. 196, Nº 4286, pp. 129-135. 8 de abril, 1977.

nómicos y sociales en general, que afectan a las escuelas y servicios médicos, pues bien sabemos que en Latinoamérica, dentro del común denominador de la pobreza de las mayorías, esas escuelas y esos servicios adolecen de carencias y anacronismos de los cuales no es el menor el empleo prioritario de sus recursos en la curación de enfermedades en las cuales, por poco que se investigue, aparecen determinantes sociales con frecuencia más prominentes o decisivos que los meramente biológicos.

Tampoco se debe olvidar que esta región del mundo muestra, con vigor creciente, una marcada vocación de sus pueblos por la libertad en todos los órdenes.

Con esas premisas veamos entonces si lo que plantea Luis Rodríguez Rivera es aplicable en nuestro ámbito, dentro de las condiciones sociales y políticas en que nosotros actuamos, o bien si tendremos que seguir otros caminos porque los postulados de Rodríguez Rivera sean impracticables en nuestro caso.

Mi opinión personal es que las modificaciones de la enseñanza médica realizadas por Cuba desde 1959 han producido avances espectaculares en la medicina de ese país, y han determinado la elaboración de variantes similares en escuelas médicas de varios países. Esto no supone que estemos ante la verdad definitiva, y Cuba sería la primera en repetir con nosotros la frase de la Federación Universitaria Platense en los principios de su lucha reformadora: en estos afanes "no se llega, se marcha".⁶

De modo que sin ignorar ni desestimar la hazaña de Cuba, en donde "se han convertido en universidad cada fábrica, granja o taller, o mina, adonde alumnos y profesores van a aprender y estudiar",⁷ es posible seguir la marcha, ir cada vez más a fondo en la modificación de la estructura médica para rehacerla más en concordancia con los rasgos de nuestras culturas y nuestro sitio en el mundo, abandonando aquellos rasgos que tomamos o nos fueron impuestos por los países que nos precedieron en el desarrollo de la educación médica contemporánea.

Por último, recapacitemos en que el tema general de esta conferencia es muy ambicioso, pues trata de la formación del *personal de salud*, lo cual desborda ampliamente la formación sólo de médicos en cuanto, repetimos, la salud tiene componentes biológicos y sociales; por ello, el personal de salud habrá de incluir en su campo a los estudiosos e investigadores en discipli-

⁶ Tunnermann B., C. *Loc. cit.* de: "Diagnóstico y tendencias innovativas de la educación postsecundaria en Latinoamérica y el Caribe". *Universidades* Nº 67, p. 68, n. 26.

⁷ García Laguardia, J. M. "Universidad, autonomía y constitución". *Universidades* Nº 67, p. 89.

nas antropológicas, históricas, políticas y culturales realizadas en torno a las actividades sanitarias o médicas progresivamente identificadas y puestas al alcance de grandes grupos de nuestros pueblos, carentes hasta ahora de verdadera salud porque la estructura occidental de la medicina que practicamos es unilateral.

Frente a todas estas inquietudes no cabe pensar en amenazas a nuestra libertad política ni en imposición de ideologías; podremos esgrimir ante quienes consideren nuestra actitud como oposicionista, la veraz afirmación final del autor de la ponencia: nuestras actividades y nuestros recursos como educadores, no habrán de modificar "para bien o para mal, la esencia del régimen burgués".

SESIONES DE COMISIONES DE TRABAJO

Martes 22 de noviembre

16:00 a 19:00 hs.

Miércoles 23 de noviembre

8:00 a 12:00 hs.

y

16:00 a 19:00 hs.

GRUPO I DE TRABAJO:

SOBRE EL PRIMER TEMA

TEMA I: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA ACTUAL EN AMÉRICA LATINA, ALTERNATIVAS Y TENDENCIAS

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES:

Lic. Hugo Mercer	Dr. Hesio Cordeiro
Dr. José A. Llorens	Dr. Gonzalo Escobar
Dr. Juan C. García	Dr. Joaquín Solís Piura
Dr. Juan J. Ceballos	Dr. Nelson Astacio
Dr. Rafael Fuente Bruzual	Dr. Guillermo Quiñonez
Dra. Alida Freites de Fuentes	Dr. Tomás Owens
Dr. A. Barreto	Dr. Heber Villalobos
Dr. Miguel Ángel Pérez R.	Dr. Rafael Valdez A.
Dr. Francisco Pérez Carballás	Dr. Víctor M. Sánchez Martínez
Dr. Rodrigo Yépez	Sr. Patricio Espinosa
Dr. Rolando Castillo Montalvo	Dra. Ligia Leroux de Ramírez

GRUPO II DE TRABAJO:

SOBRE EL SEGUNDO TEMA

TEMA II: LA INTERACCIÓN ENTRE LA COMUNIDAD Y LA UNIVERSIDAD EN EL PROCESO EDUCATIVO

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES:

Dr. Humberto Barrera Ríos	Dr. Víctor Gutiérrez
Dr. Manuel Sirvent Ramos	Dra. Somnia Vargas
Dr. Isaías Ponciano	Dr. Fernando Sánchez

Dr. Ivanhoe Gamboa
Dra. Aliz Luna Bazó
Dra. Gloria Chávez de Duque
Dr. Gustavo Cornejo Montalvo
Dr. Edgardo Muñoz Palacio
Dr. Rodolfo V. Young
Dr. Ramón Troncoso

Br. Temístocles Caridad
Dr. Hugo Mendoza
T. M. Betty Josefina Agramonte
Novoa
Dr. Williams Rodríguez Franco
Br. Miguel Arias

GRUPO III DE TRABAJO:

SOBRE EL TERCER TEMA

TEMA III: CRITERIOS Y MECANISMOS PARA LA INTEGRACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL

NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES:

Dr. José María Gómez Pichardo	Dr. Magín Domingo Puello
Dr. Vinicio Calventi	Dra. Blanca Odette García Vda. Peguero
Lic. Dagoberto Tejada	Dra. Nidia Gordillo
Dr. Antinoe Fiallo	Dr. Conrado A. Rivera L.
Dr. Marcial Romero Castillo	Dr. Winston Álvarez
Dra. Ligia Balderas	Dr. Hugo Hernández Mendizábal
Dr. Dagoberto Espinosa Murra	Dr. Jorge Corte Huerta
Dr. Alberto Vasco Uribe	Dr. Carlos Cristóbal
Dr. Octavio Longoria Cervantes	Dr. Héctor Rechy Murillo
Dr. Jorge Nicolás Chantini Pérez	Dr. Juan Daniel Bodden Tejada
Dra. Zoila Marcallé	Dr. Carlos Alberto Moros Ghersi
Dr. Miguel Bellorín Tineo	Dr. Robinson Gómez García
Dr. Juan Francisco Duque Pernia	Dr. Freddy Rangel Vásquez
Dr. Oswando Alcalá Carvajal	Dr. Humberto Méndez Romero
Dr. Darío Montiel Villamil	Dra. Virginia García de Pérez
Dr. Fernando Conde Modesto	Dr. Miguel Campillo Llibre
Dr. Francisco José Jiménez Rojas	Dr. Enrique Soto Urbina
Ing. Mercedes Sabater de Macarulla	Dr. José García Ramírez
Dr. Caracciolo Vargas Genao	Dra. Magalys Núñez
Dr. Alonso Roy	Br. Domingo Antonio García
Br. José Miguel Ferreras	Br. Teresa Cassó
Br. Francisco Mirambeaux	Br. Fernando Conde
Br. Miguel Antonio Espinal	Br. Carlos Figueroa D.
Br. Manuel Antonio Cuello B.	Br. Carlos Darwin Gómez Rosa
Dr. Rubén Vasconcelos	

MESA REDONDA

Jueves 24 de noviembre de 1977

8:30 hs.

16:00 hs.

ACTA DE LA SESIÓN PLENARIA DEL DÍA 24 DE NOVIEMBRE
CORRESPONDIENTE A LA MESA REDONDA SOBRE EL TEMA:
LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA

El presidente inició la sesión dando una serie de anuncios.

Se rindió homenaje póstumo a la memoria del doctor Jorge Andrade, uno de los líderes de la educación médica latinoamericana, quien muriera trágicamente el pasado año de 1976 en su país natal, en un momento en el que se esperaba mucho de él.

Modificaciones en el desarrollo de la reunión. La sesión de clausura se realizará una vez terminada la última sesión plenaria. De igual manera se anunció una modificación en la recepción de clausura.

El doctor Rodolfo Young, vicepresidente de acuerdo a la decisión de la Asamblea en su calidad de Decano en el ejercicio de la Facultad respectiva de la Universidad de Panamá, fue llamado para presidir la Mesa Directiva en su primera parte.

El doctor Juan César García, Moderador de la Mesa Redonda que ocupa la Conferencia en el país de hoy, fue llamado al Presidium para que iniciara las actividades.

El doctor García inició la Mesa Redonda haciendo una introducción general al tema a desarrollarse. Continuó informando sobre la mecánica a seguir. Los participantes de la Mesa Redonda se dividirán en dos grupos: uno actuará por la mañana y otro por la tarde. Por la mañana intervendrán tres expositores, abordando fundamentalmente lo relativo a la acción farmacológica. Terminado este período se abrirá un período de comentarios, principalmente sobre los aspectos educacionales, es decir, la formación del médico en los temas expuestos por los panelistas.

Por la tarde se seguirá el mismo mecanismo, siendo el tema central los aspectos sociales, económicos y de salud pública del medicamento.

Señaló el Moderador que en su papel será auxiliado por el licenciado Dagoberto Tejada.

El primer participante fue el doctor Ceferino Sánchez de la República de Panamá.

Concluida la primera participación, se invitó al doctor Carlos Cristóbal, representante de México.

Finalizada la segunda intervención se dio un receso por el presidente, después que el Moderador había agradecido la participación del doctor Cristóbal.

Se reinició la sesión poco después bajo la presidencia del doctor Rodrigo Yépez, de la República del Ecuador.

El Moderador, doctor García, invitó al doctor Alfonso Matallana, de la República de Colombia, para que diera lectura a su trabajo.

El Moderador intervino para hacer algunos comentarios en relación a los trabajos leídos. El doctor García se preguntó ¿Qué pueden hacer las Escuelas y Facultades de Medicina para abordar y resolver estos problemas?

Estimuló a la participación de los asambleístas para que intervinieran en la discusión.

La doctora Ligia Leroux, de la República Dominicana, intervino señalando que existen una serie de factores externos que condicionan este tipo de problemas. Hizo mención del Seminario que sobre enseñanza de la Farmacología relativo a la enseñanza de esta disciplina. Este modelo tendría que considerar una serie de aspectos, como parámetros del complejo problema que se trata de abordar. Finalmente abogó por la creación de unidades de medicamentos.

El doctor Vasco, de Colombia, intervino para hacer algunos comentarios de orden general. Señaló que no basta con transmitir conocimientos a los estudiantes, que es necesario desarrollar en ellos una actitud crítica ante el problema.

El doctor Ceferino Sánchez, añadió que hay también que modificar la actitud de los profesores en las Escuelas de Medicina. Que existen limitaciones para lograr esto pero que se pueden ensayar algunas cosas, mediante las cuales introducir cambios en el profesorado. El doctor Sánchez terminó su intervención haciendo un comentario general al trabajo del doctor Cristóbal.

El doctor Hesio Cordeiro, de la República del Brasil, señaló que deben romperse las dependencias entre las Escuelas de Medicina y los productores de medicamentos. Además, comentó el trabajo del doctor Matallana en lo que se refiere a la automedicación, anotando que existe toda una estrategia

de la industria farmacéutica para desarrollar la automedicación en las comunidades que no tienen programas de atención médica.

El doctor Cristóbal comentó la intervención del doctor Vasco. Posteriormente señaló que deben hacerse cambios en la práctica terapéutica y considerar los diversos aspectos socioeconómicos que gravitan sobre el fenómeno, dándosele importancia a la integración de todas las disciplinas que pudieran estar interesadas en el problema, y que esto no necesita de grandes esfuerzos y recursos.

El doctor Luis Rodríguez, representante de Cuba, señaló que no hay estrechas relaciones entre los farmacólogos y los clínicos-terapeutas, debiéndose hacer un esfuerzo en este sentido. En la práctica médica-terapéutica todavía el médico conserva muchos de los aspectos mágicos, que esta práctica tradicionalmente ha tenido. En Cuba existe una publicación que orienta fundamentalmente al médico en su práctica terapéutica. Una guía terapéutica de esta naturaleza pudiera desarrollarse en América Latina y dársele difusión en el gremio médico. Finalmente señaló la importancia y necesidad de la educación continua.

El doctor Vinicio Calventi, de la República Dominicana, se refirió al problema a la luz de las necesidades de nuestros problemas. Que la Universidad debe identificarse con los problemas y realidades del país en el cual está enclavada. Dio mucha importancia al igual que el doctor Rodríguez que la precedió en uso de la palabra, a la educación médica continua.

El doctor Hugo Mendoza, de la República Dominicana, señaló que debe darse énfasis a la necesidad de modificar la aptitud del profesor en relación al problema de los medicamentos en la práctica médica.

El doctor Ramón Troncoso, de Chile, señaló que la enseñanza de la Farmacología y de la Terapéutica no debe tomarse en forma aislada, sino inserta dentro de todo un contexto general de nuestros países. En parte obedece a su prestigio social, a sus ingresos, etc. Que las fórmulas de solución el vicio nace de la forma como se selecciona a los profesores, lo cual a buscarse no deben ser para el presente sino más bien para el futuro.

El doctor Nicolás Chantiri, de México, de la ciudad de Veracruz, señaló que los Colegios Médicos estuviesen de acuerdo con las oficinas de educación médica de las Escuelas de Medicina, para control si no totalmente al menos parcialmente. Señaló finalmente que deberían racionalizarse las empresas farmacéuticas.

El presidente, doctor Yépez, dio un anuncio a los delegados y suspendió la reunión, invitando a continuarla en horas de la tarde.

La reunión se reinició en horas de la tarde bajo la presidencia del doctor Enrique Soto Urbina, de la Universidad de la República de Guatemala.

El doctor Ramón Troncoso dio lectura a su trabajo, como participación en la Mesa Redonda sobre "Los Medicamentos y la Práctica Médica".

De seguidas el licenciado Hugo Mercer, de la República de Argentina y actualmente desempeñando actividades en la República de México, dio lectura a su trabajo.

El presidente, luego tomó la palabra para declarar en receso la sesión.

La asamblea se reinició bajo la presidencia del Jefe de la delegación de la República de Cuba, doctor Francisco Pérez.

A continuación el Moderador cedió la palabra al licenciado Arismendy Díaz Santana, de la República Dominicana.

Terminada la intervención del doctor Díaz Santana, el Moderador doctor García tomó la palabra, para hacer algunos comentarios en relación a los trabajos leídos, haciendo énfasis de los licenciados Mercer y Arismendy.

El doctor Carlos Cristóbal intervino para señalar que evidentemente las industrias farmacéuticas tienen un gran poder de adaptación, de acuerdo a las nuevas situaciones que plantea el mercado.

El doctor Vasco, de Colombia, intervino para hacer una serie de consideraciones generales a los trabajos presentados en la tarde de hoy interconectándose con la ponencia de la delegación cubana sobre integración docente asistencial.

El doctor Abel Hernández de la Universidad de Guadalajara, México, tomó la palabra para referirse fundamentalmente a su Facultad, en donde como consecuencia de las reformas hechas en el curriculum, la Farmacología ha desaparecido casi por completo, y lo que de ello se ha derivado.

El doctor Enrique Soto Urbina, de la Universidad de Guatemala, se refirió a las políticas educacionales seguidas en su Facultad en relación a la enseñanza de la Farmacología, creando conciencia sobre el problema que hoy día presenta en la práctica médica la utilización de los medicamentos.

El doctor Hesio Cordeiro, hace una intervención sobre el papel que los servicios de salud pública deben desempeñar en relación a la práctica terapéutica, señalando a título de ejemplo la situación vivida en Brasil cuando la epidemia de meningitis. También se refirió y comentó el caso de la expoliación que sufren algunos pueblos latinos en relación a la sangre y derivados de la misma en la cual tienen una participación muy activa los consorcios internacionales.

El doctor Caracciolo Vargas, de la República Dominicana, comentó en forma general algunos aspectos administrativos y éticos de la utilización

de los medicamentos en la práctica médica. Terminó haciendo algunas recomendaciones para tratar de modificar el estado actual de esta práctica médica.

El doctor Guarocuya Batista del Villar, rector de la UASD, tomó la palabra para señalar que esta X Conferencia de la UDUAL, debería expresar públicamente la situación que América Latina vive en relación al uso de los medicamentos en la práctica médica. Planteó el diseño de un sistema transnacional de información, que permita a los médicos e instituciones como las Escuelas de Medicina y Secretarías de Salud, tener conocimientos actualizados y científicos sobre los diferentes medicamentos.

Recomendó que se condene la situación de los médicos como accionistas de las empresas farmacéuticas.

El Moderador agradeció a todos los participantes y asistentes que intervinieron en la Mesa Redonda sobre "Los Medicamentos y la Práctica Médica".

El presidente actuante, agradeció igualmente a la asamblea el interés demostrado y dio por terminada la sesión.

MESA REDONDA

LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Ponencia oficial

por CARLOS FRANCISCO CRISTÓBAL *

I. INTRODUCCIÓN

Dentro de la compleja realidad del medicamento actual hay una parte de ella de la que participan las áreas universitarias vinculadas con la salud, puesto que es allí donde se centraliza el proceso de enseñanza-aprendizaje de su uso técnico específico.

Obviamente, todas las facetas del medicamento son objeto de estudio por parte de una universidad, pero nos circunscribimos a los aspectos educacionales de éste como elemento sanitario.

Trataremos de mostrar algunos puntos críticos dentro de la enseñanza actual, algunas paradojas, e intentaremos buscar una idea que los ensamble, que les dé sentido en la búsqueda de bases que permitan efectuar ciertas transformaciones.

II. SEMBLANZA HISTÓRICA

Dentro de las ciencias de la salud, sus profesionales, educadores y educandos, es casi seguro que si tratamos de definir "medicamento" nos circunscribamos a la idea técnica médica. Es decir, que lo concebimos como un elemento de uso sanitario y no será difícil ponerse de acuerdo en darle

* Profesor asociado de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, en México, D. F.

una gran precisión conceptual. Quizás, si queremos ubicarnos mejor, diremos también que frecuentemente es un producto industrial con elaborada tecnología, etc., etc.

Este es un tipo de definición en apariencia muy precisa, pero que resulta incompleta, pues deja de lado elementos que le son constitutivos y que, de incluirse, como veremos, podrían ser contradictorios con el discurso en el que se la emplea.

No puede olvidarse que el medicamento es un producto histórico y como tal, ha pasado por una serie de transformaciones cuali y cuantitativas desde sus remotos orígenes hasta hoy.

Algo que podríamos caracterizar como medicamento nace ya en la mayoría de las comunidades primitivas. En todas ellas se da la "enfermedad" y el deseo de eliminarla, paliarla, vencerla; se recurre a los más variados elementos del entorno en la búsqueda de una acción contra la "enfermedad". Así, dicho en estos términos, la explicación, el empleo, la esperanza puestos en ese medicamento, son mágicos.

Ese es el carácter primero, inicial, que posee el remedio: su contenido mágico.

Será el único, el solo contenido que posea hasta tanto se vayan consolidando prácticas, rutinas, normas, observaciones, destrezas para su obtención y aplicación; hasta tanto se vayan conociendo ventajas y desventajas de los variados elementos usados, los casos donde han de suministrarse, los resultados que pueden producir. Estos conocimientos se van generando lentamente y de diverso modo a lo largo de los pueblos y culturas en el devenir del tiempo. Esto irá haciendo opacar, empalidecer, velar, su contenido mágico, apareciendo un contenido empírico. Este contenido empírico es el dominante, no el único, promovido, narrado e instrumentado por la medicina, a medida que ésta va escindiéndose de la región en el curso de cada civilización.

Es casi recientemente que aparecen bases y explicaciones científicas para comprender sus propiedades, sus relaciones con el organismo animal, con el organismo humano, con el proceso morbo, sus limitaciones, sus riesgos. Esto, como hecho científico, permite además, transformar su búsqueda, generar nuevos miembros, optimizar los existentes, etc.

Incorpora así un contenido científico y su explicación tendrá tal carácter. En este momento, el contenido científico coexiste en "simbiosis" (valga el término) con los otros viejos contenidos: el mágico y el empírico.

Diferenciamos aquí dos facetas dentro del contenido científico del medicamento que no deben confundirse:

- a) los conocimientos teóricos biológicos que permiten explicar la razón por la cual actúa ese medicamento; fundamentalmente explicar sus acciones farmacológicas y conocer su mecanismo de acción;
- b) Independientemente de lo anterior, conocer su eficacia y su riesgo. Es decir, hacer los estudios necesarios para conocer con justeza cuán efectivo es, en qué casos, qué estimación cuantificable tenemos del riesgo, etc. Esto puede investigarse, estudiarse, aunque los conocimientos mencionados en a) no se hayan logrado, y viceversa.

Es posible rastrear en toda aplicación de medicamentos estos contenidos presentes, explicitados u ocultos, emergentes o negados. La jerarquización, la preponderancia de uno u otro, depende claramente de las relaciones que se establecen entre medicamento e individuo.

Así las cosas, poca importancia operativa poseería este hecho sin tratar de abordar estas preguntas: ¿dónde está ubicado ese individuo?; ¿qué relación tiene con el medicamento?; ¿cómo se establece esa relación?

Un análisis minucioso de estos interrogantes escapa a las posibilidades de este trabajo. No obstante, trataremos de mencionar algunas observaciones de carácter general. La relación entre medicamento e individuo se ha desplegado en numerosas formas muy estructuradas: quién lo produce, lo distribuye, lo prescribe, lo dispensa, lo administra, lo usa, etc., con toda la gradación de intereses y expectativas que en cada caso y en cada instancia se pueden dar. La búsqueda de mayor profundidad en el conocimiento de esta relación se ha de abordar a través de la caracterización de ese individuo. Es aquí donde la ubicación sociotemporal es indispensable: conocer en qué sociedad vive, qué organización tiene, cuál es su clase social, cuál su grupo de pertenencia, etc. De esto se partirá para comprender, como decíamos, cuáles contenidos del medicamento priorizará o destacará en cada instancia donde se relacione con él. La pregunta capital —que involucra a las otras— es sobre el modo en que esa relación medicamento-individuo se establece. Esta relación no puede establecerse de modo diferente al que esa sociedad se vincula con sus hechos, sus actos, sus productos; es decir, por medio de las ideas que expresan la ideología dominante y en concordancia con ella. Dependerán entonces de ésta, las relaciones que se establezcan entre los conceptos y los individuos.

El aspecto importante aquí es escribir cómo, a través de la ideología dominante, van a establecerse relaciones que destacan y refuerzan contenidos distintos del medicamento de los que la relación individuo-medicamento coherentemente debería destacar. Para decirlo de otro modo: cómo ele-

mentos mágicos y/o empíricos de los medicamentos pueden verse reforzados, estimulados, en detrimento de elementos científicos en individuos cuya relación con el medicamento técnicamente se establece a través del contenido científico.

En este punto, y antes de continuar, corresponde volver con otro aspecto histórico del medicamento: su producción.

Muy simple en sus orígenes, pues no iba más allá de la recolección de la "materia médica" tal como se la encontraba en la naturaleza. La complejidad va creciendo, diferenciándose distintas operaciones y distintas distribuciones del trabajo total: recolectar, almacenar, distribuir, preparar, dispensar, etc. Dando origen a actividades laborales muy estructuradas y jerarquizadas como el herbolario, boticario, médico. Conforme se va desarrollando el modo de producción capitalista, va transformándose este proceso de producción. Los perfiles actuales del medicamento van configurándose aceleradamente con el comienzo de este siglo. Va produciéndose el abandono de prácticas artesanales por técnicas industriales, llegando a una muy alta complejidad y sofisticación del recurso humano y técnico.

La producción se hace masiva, se extiende a áreas cada vez mayores. Se diferencia la distribución de la producción, se revoluciona su difusión y su promoción.

A medida que en el plano nacional e internacional van cambiando las economías de mercado, van cambiando las relaciones de los productos entre sí, entre materias primas y productos, entre productos y terapéutica.

Por los mismos años en que comienzan a tenerse explicaciones científicas sobre el medicamento, principia el proceso de transformación de su producción. No ocurre de igual forma en todos los casos: hay medicamentos conocidos desde la segunda mitad del siglo pasado que pasarán a producirse industrialmente sin haberse establecido, para ese entonces, un conocimiento científico que permitiera explicar sus efectos ni tampoco evaluar su real eficacia; por otra parte, algunos descubrimientos científicos permiten hallar una senda que conduce a nuevos fármacos cuya acción se explica por una teoría experimentalmente demostrada, llegando recién en ese momento a ser producidos comercialmente; quedan todas las posibilidades intermedias con numerosos ejemplos (1, 5, 8).

II. EL MOMENTO PRESENTE

El panorama de los medicamentos en la actualidad tiene las siguientes características remarcables:

A. En cuanto a su carácter de producto comercial (esto excluye a aquellos países donde su producción industrial no obedece a objetivos comerciales):

1º Es producido a nivel mundial por un gran número de empresas pero sólo unas cuantas de ellas, transnacionales, dominan altísimas porciones del mercado, operando oligopólicamente. Es por un sector con elevadas tasas de ganancia y severo dominio sobre la producción a través de patentes internacionales.

2º El mercado de medicamentos es en realidad un conjunto de submercados dominados, a su vez, cada uno de ellos, por una reducida parte de esas empresas.

3º Las empresas dominantes tienen sedes o casas matrices en los países económicos centrales. Los países periféricos tienen solamente sucursales o subsidiarias. Estas empresas realizan dentro de sí toda la integración vertical del proceso, pero los países periféricos no realizan, salvo escasas excepciones (referidas a algunos productos) esa integración.

4º Este proceso de concentración de la producción en empresas oligopólicas es creciente y constante. Así, han ido desapareciendo muchas pequeñas y medianas empresas en países periféricos y centrales; en éstos la fusión ha tomado también grandes empresas.

5º Se trata en casi todos los casos de una industria poco consumidora de mano de obra, en la que una alta tasa de sus empleados tiene elevada capacitación técnica. El área de comercialización está muy desarrollada, extendida en relación con el tamaño del área de producción.

6º El tamaño y extensión de los mercados guarda escasa relación en muchos casos con las patologías dominantes de una sociedad. Esto es tanto más notorio en los países periféricos que en los centrales. Aquéllos suelen tener submercados cuya extensión proporcional se parece al de los mercados centrales, aunque esto no guarde relación con sus indicadores de salud.

7º Son industrias que tienen reglamentaciones y controles establecidos por leyes específicas en todos los países con organismos de supervisión y fiscalización *ad hoc*. Estos organismos inciden poco en los mercados de estas industrias (9, 11, 14, 15, 16).

B. En cuanto a su carácter de producto terapéutico:

1º Hay una gran variedad de productos con escasa o nula diferenciación entre sí en cuanto a su formulación.

2º Se observa una tendencia a las asociaciones de fármacos (dos o

más) en una forma medicamentosa, sin que esto implique ventajas terapéuticas.

3º Se observa una tendencia a la introducción de formas farmacéuticas nuevas y eliminación parcial de las anteriores.

4º Como consecuencia de lo dicho en los puntos 1º, 2º y 3º, se está en presencia de un "arsenal" terapéutico extensísimo, donde hay una alta tasa de renovación de los productos. Una parte importante de ellos suele tener una vida media, en cuanto a su accesibilidad en una plaza, de aproximadamente dos a tres años.

5º Las modificaciones y desarrollo farmacológicos no guardan relación con la velocidad de cambio de los medicamentos.

6º La mayor parte de la información técnica de los productos que se emplean proviene de las casas productoras.

7º La evaluación terapéutica de los productos no suele hacerse en condiciones técnicas, éticas y científicas aceptables.

8º La evaluación del riesgo carece de sólido estudio poblacional en muchos casos; periódicamente se retiran del mercado productos, porque sus efectos adversos, al ser conocidos, revelan alto riesgo para su uso.

9º Se suelen desconocer las variaciones reales existentes en cuanto a calidad terapéutica del producto competidor similar dado por diferencia de fabricación.

10º La fiscalización sanitaria no parece ser suficiente garantía para prevenir distorsiones en el empleo, ni tampoco para asegurar la calidad terapéutica anunciada. Aquí resulta mucha más seria la situación en los países periféricos.

11º El cuerpo médico y demás miembros del equipo de salud conocen sólo parcialmente estos aspectos e inciden poco en modificarlos.

12º *Idem* para los centros universitarios.

13º Las diferencias más notorias entre países en estos hechos parecen estar dadas, en primera instancia, por las características de los sistemas de atención médica que posean y la intensidad con que cada Estado pretende ejecutar la fiscalización que ha estatuido (3, 10, 12).

Ligado como está a las reglas generales del modo de producción capitalista, el medicamento tiene un uso, un empleo específico fuertemente orientado por los sectores económicos que dominan la producción. Como el uso del medicamento debe corresponder a una necesidad terapéutica establecida, puede fácilmente comprenderse que cuanto menos estrechos sean los límites de esa necesidad, que cuanto más empírica sea la relación

establecida entre el medicamento y esa necesidad terapéutica, que cuanto más fácilmente establezcamos y reconozcamos necesidades de uso en virtud de expectativas terapéuticas, tanto más proclives seremos al uso de medicamentos.

Por consiguiente, entonces, cuanto más proclives seamos, mayor será su consumo, mayores serán sus ventas, *ergo*, mayores beneficios y expansión para el sector productor.

Aclaremos ahora que el uso inadecuado está dado no solamente por la presión y distorsión que establece el sector productor, sino por otros varios hechos culturales y sociales que actúan como inductores pero que en la mayoría de los casos resulta difícil saber si han sido antecedentes o consecuentes del proceso.

Circunscribiéndonos al papel que le corresponde al sector productor exclusivamente, puede verse que éste opera con estrategias diferentes basadas forzosamente en este hecho básico: cualquier modo que pretenda llevar a la práctica para aumentar o facilitar el consumo de medicamentos, debe operar sobre sus contenidos, es decir, que para cada caso particular los contenidos mágicos, empíricos y científicos con que se lo haga conocer no serán los que sinteticen su transcurso histórico sino que deberá incidirse en ellos para atemperar aspectos científicos o simplemente descuidarlos, generando y propiciando las facetas empíricas y/o mágicas.

Así serán conocidos por los pacientes, así serán prescritos por buena parte del sector médico, así serán expendidos, así serán aprendidos por los miembros del equipo de salud durante su formación, así serán aceptados por los círculos académicos, puesto que las oposiciones, las explicitaciones de estos hechos, las contraofensivas, suelen ser contadas y poco efectivas (5, 8, 10).

IV. LAS ESCUELAS DE CIENCIAS Y LA SALUD

Apartémonos de considerar la práctica médica y farmacéutica en su conjunto y observemos la formación del profesional del equipo de salud.

Hay varios trabajos que pueden ilustrar muy bien sobre este punto en los países de América Latina. De ellos logramos extraer las siguientes como características más relevantes:

1º Enseñanza de la farmacología separada de la terapéutica, generalmente ubicada en el ciclo preclínico (esto ocurre en numerosos casos).

2º Programas de farmacología con contenidos más descriptivos que ana-

líticos. Los aspectos y leyes generales de esta disciplina tienen poco peso en el programa.

3º Ausencia en casi todos los casos de enseñanza de las técnicas y métodos de evaluación de fármacos y medicamentos, de los requisitos para hacer estudios clínicos, del conocimiento del arsenal terapéutico local.

4º Terapéutica no es una asignatura independiente sino que está fusionada con el aprendizaje de las asignaturas clínicas, donde generalmente se basan en las copias de modelos de prescripción. Ausencia de asignaturas en las que la terapéutica y el medicamento se analicen en relación con las condiciones socioeconómicas que se dan allí donde la enseñanza se imparte.

5º Falta de conocimiento sobre el riesgo, efectos adversos y desconsideración, tanto a nivel práctico como en la enseñanza teórica de la iatrogenia medicamentosa.

6º Falta de interés y promoción de estudios de posgrado en farmacología clínica, farmacia clínica, farmacia hospitalaria, etc. Hay escasez de personal en este tema y de centros de formación; existe además cierta desconsideración académica sobre el tema.

7º El profesional farmacéutico se forma en general con una orientación obsoleta e inadecuada con la realidad vigente en sus campos profesionales. A pesar de que en la mayoría de los países del área, la farmacia expendedora y/u oficial continúa siendo la fuente más importante de trabajo, hay una deficiente formación sobre fármacos y medicamentos.

8º Otros profesionales del área como estomatología, enfermería, analista clínico, siguen en paralelo las mismas consideraciones, notándose en general una mayor inadecuación entre la enseñanza de estos tópicos y su aplicación profesional.

9º Ausencia de servicios sobre registro e información de efectos adversos a nivel tanto hospitalario, como de salud pública y universitario.

10º Ausencia de información y capacitación continua en farmacoterapéutica a profesionales que han concluido sus estudios (2, 4, 6, 7, 13).

Estas características así vistas y de acuerdo con la proposición anterior, parecen describir el resultado de la aplicación de una estrategia que pretende, como dijimos, opacar los aspectos científicos de la práctica farmacoterapéutica en la formación de profesionales del área de la salud.

¿Qué diremos entonces cuando al tener que estructurar *currícula* profesionales discutamos los denominados contenidos o juzguemos el nivel académico que se tiene?

¿No debe ser visto como un grave problema académico el haber con-

grado una estructura que refuerza la empirie en el manejo de la terapéutica dominante?

El problema toca aspectos políticos, económicos y sociales que han sido planteados cada vez más claramente, con mayor profundidad, por varios autores de diferentes disciplinas. Esto nos advierte, a poco que los analicemos, que no hay "solución" que no contemple la transformación de esos aspectos.

Pero debemos hacer notar que las escuelas de profesionales de la salud han reflejado muy poco esta problemática. Han considerado y admitido buena parte de las distorsiones que se dan en el campo profesional y aun se han llegado a hacer eco de las críticas al sector productor, pero en muy pocas ocasiones añadieron su autocritica. Raras veces se llega a plantear la crisis de esta enseñanza. Es más, en ocasiones es utilizado el problema económico de los medicamentos como biombo que oculta el problema de la formación terapéutica.

Uno y otro van asociados, y la universidad no puede soslayar enfocarlos con la profundidad que le corresponde.

Hay que colocar en la platina todos y cada uno de los pasos con que esta capacitación se está dando; el debate debe incluir todos los hechos aquí mencionados.

Muchos de los nuevos diseños curriculares vigentes ya en América Latina, proponen cambios en la enseñanza, orientaciones diferentes que se generarán en el estudiante: así, se ha puesto énfasis en aspectos preventivos, en producir un miembro del equipo de salud que se integre con los otros, en crear un profesional cuyo interés sea la medicina comunitaria, en formar un farmacéutico capacitado en la tecnología actual, en producir un profesional que sea un potencial agente de cambio, etc.

Sin embargo, poco ha sido lo que se ha explicitado como cambio en este tema que estamos abordando. No se perfilan aún procesos de formación cuyas prácticas de aprendizaje permitan no sólo una mayor comprensión sino, y principalmente, la incorporación de nuevas actitudes frente al medicamento.

Citaremos un ejemplo que puede ser orientador. La Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco tiene carreras de ciencias de la salud que incluyen estos juicios críticos sobre el medicamento. Se pretende no sólo dar una visión crítica, sino generar una práctica comprometida en transformar este problema. El diseño curricular comprende módulos de enseñanza-aprendizaje donde se deben integrar docencia, investigación y servicio.

El proyecto Xochimilco marcha por su tercer año, y en la implementación de la problemática del medicamento para cualquiera de las carreras del área, se han tomado muchas de las facetas citadas como objetos de investigación para y por los alumnos; pero la interiorización y transformación que se alcance sólo podrá consolidarse a través de las tareas de servicio, o sea en la aplicación, en el contacto del estudiante con su campo laboral próximo. Y este es el punto crítico que este proyecto universitario está abordando actualmente.

Queda así planteada esta falencia por parte de nuestras universidades, globalmente consideradas, de la necesidad de incorporar como contenidos académicos, problemas de la realidad inmediata del medicamento y la obligatoria revisión de la calidad de la formación impartida cuando se observan severas distorsiones técnicas en las prácticas profesionales que la universidad ha ido favoreciendo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balint, M. *Le Médecin, son malade et la maladie*. París, Ed. P.U.F., 1960.
2. Barbera, A.; Manhan, R.; Garrafa, I. "La enseñanza de la farmacología clínica en las Facultades de América Latina", *Educación Médica y Salud* 9: 296-309, 1975.
3. Caro, Guy. *La medicina impugnada*. Barcelona, Ed. Laia, 1972.
4. Seminario-taller sobre enseñanza de las ciencias fisiológicas en las Escuelas de Medicina. Documento final. Universidades, Sociedades Científicas, O.P.S., Mexicali, México, julio, 1976.
5. Dupuy, J. P.; Karsenty, S. *L'invasion pharmaceutique*. Ed. Du Seuil, París, 1974.
6. Ferreira, J. "Las ciencias fisiológicas en la formación del médico", *Educación Médica y Salud* 9: 74-89, 1975.
7. García, J. C. *La educación médica en América Latina*. Ed. O.P.S. Publicaciones Científicas N° 225, 1972.
8. "Ritalin and Minimal Brain Dysfunction: Science as Ideology", *Health PAC Bull.* N° 67, noviembre-diciembre, 1975.
9. Lall, S. *Estudio monográfico de la industria farmacéutica*. Ed. UNCTAD, octubre, 1975.
10. Rabin, D.; Bush, P., *The Use of Medicines: Historical Traditions and International Comparisons*. Ed. Georgetown U., S. of Medicine, Washington, D. C., 1975.
11. Reekie, W. D. *The Economics of Pharmaceutical Industry*. Ed. Mac Millan Press, Londres, 1975.
12. Rosch, G. *Índices y fuentes de información sobre el consumo de*

medicamentos. Simposio Europeo sobre Consumo de Drogas, O.M.S. Oslo, noviembre, 1969.

13. *Farmacología clínica: actividades, servicios y enseñanzas*. Serie de Informes Técnicos O.M.S. N° 446, 1970.
14. Silverman, M.; Lee, P. *Pills Profits and Politics*. Ed. U. of California Press, Berkeley, 1974.
15. Smith, M. *Principles of Pharmaceutical Marketing*. Ed. Lea Febiger, Filadelfia, 1975.
16. Wardell, W.; Lasagna, L. *Regulation and Drug Development*. Ed. Am. Enterprise Ins. for Public Policy Res., Washington, D. C., 1975.

MESA REDONDA

LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Ponencia oficial

por ALFONSO MATALLANA *

La gran mayoría de los médicos después de haber sido consultados por un paciente le prescriben algún medicamento. El médico prescribe el medicamento porque confía que con él, el paciente se va a mejorar o curar.

La acción del medicamento sobre el paciente dará por resultado, en la mayoría de los casos, el triunfo de la práctica médica por un diagnóstico acertado.

Todo esto obliga al médico a prescribir los medicamentos teniendo un completo conocimiento de ellos desde todo punto de vista: disponibilidad, valor, aspecto físico, forma farmacéutica, acción farmacológica, indicación terapéutica y efectos secundarios indeseables.

Consideremos las razones anteriores una a una.

Disponibilidad: Afortunadamente, prácticamente en toda Latinoamérica es hoy posible conseguir todos los principales y más efectivos medicamentos disponibles en el mercado mundial; pero el que ellos estén al alcance de los pacientes de las clases económicas menos fuertes y que no pertenecen a ninguna institución, es el gran problema que atraviesa el paciente pobre latinoamericano.

Valor: El precio del medicamento es la causa principal por la cual éste no está a la disposición del pobre paciente latinoamericano que no pertenece a ninguna institución, como son la mayoría de nuestros agricultores. Para

* Director Médico de los Laboratorios Miles de Cali, Colombia. Profesor de Farmacología de la Universidad del Valle.

ellos es inútil que un médico bien preparado les prescriba la medicación apropiada, pues su capacidad de compra no les permite conseguirla.

En la disponibilidad y el valor de los medicamentos se hace toda la especulación socio-política y es bueno advertir a los médicos y a los estudiantes de medicina de estos problemas.

Las siguientes razones corresponden únicamente a los médicos y es responsabilidad de las escuelas de medicina el dar el mejor conocimiento posible sobre los medicamentos.

El aspecto físico y la forma farmacéutica se pueden reunir. Es necesario que el médico conozca de hecho los medicamentos que formula a sus pacientes. Su forma, olor, color y demás características físicas cuali y cuantitativas para que así pueda prescribirlos con todo el conocimiento, de acuerdo con las características del paciente.

La acción farmacológica del medicamento y su conocimiento por parte del médico es lo que lo caracteriza como tal; el médico que no ha sido educado o no ha querido seguir educándose en la acción de los fármacos, los prescribirá como lo hace cualquier buen vecino a quien le sirvió o leyó para qué servía dicho medicamento.

La indicación terapéutica, como lo anotamos en la razón anterior, es la más conocida y promulgada. Por indicaciones se han seleccionado entre los medicamentos que tienen la misma acción terapéutica, los más populares o conocidos en cierto sector médico para elaborar listas oficiales, sin explicar por qué se escogió uno y no otro. Por su indicación algunas entidades comerciales han clasificado los medicamentos con miras a ilustrar al médico sobre las posibles equivalencias con los diferentes nombres comerciales de un mismo fármaco: laudable deseo pero error muy grande cuando no se identifica el fármaco por su nombre oficial sino por su indicación.

Los efectos secundarios de los medicamentos, sobre todo los indeseables, son fuente reciente de inquietud y hasta el público en general quiere ser informado sobre sus posibles peligros y precauciones. El médico que ya se encuentra suficientemente concientizado sobre este aspecto se muestra más cuidadoso en su prescripción y aun advierte al paciente de lo que puede ocurrir con ciertos medicamentos.

MESA REDONDA

Ponencia oficial
por CEFERINO SÁNCHEZ *

INTRODUCCIÓN

Un buen ejercicio de la medicina y una buena práctica médica exigen un conocimiento apropiado de los medicamentos. Este conocimiento sólo se puede obtener a través de una información exacta y objetiva de los mismos. La información sobre medicamentos debe incluir desde los aspectos científicos y médicos a los sociales y económicos, pues todos ellos inciden en un ejercicio médico responsable.

Un medicamento, a nuestra manera de ver, además de ser "cualquier sustancia o producto, utilizado o destinado a ser utilizado para modificar o explorar un sistema fisiológico o un estado patológico en beneficio del individuo que lo recibe",¹ es también el instrumento que permite, o debe permitir, entregar al paciente uno o más fármacos o drogas y del cual se espera un efecto. Por lo tanto, un medicamento es el conjunto de sustancias activas (fármacos o drogas) y no activas (excipientes, coadyuvantes, etc.) que se han mezclado, combinado o unido de una manera apropiada y cuyo propósito final es el de hacer disponible al paciente el fármaco o fármacos, en las concentraciones y a los intervalos apropiados para obtener el efecto deseado.

Desde otro punto de vista, no menos importante, un medicamento es un producto de primera necesidad, es un instrumento de bienestar social y su

* Vicedecano, Profesor Titular de Farmacología, Director del Centro de Investigaciones Psicofarmacológicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, Presidente de la Sociedad Centroamericana de Farmacología.

¹ Organización Mundial de la Salud: *Serv. Inf. Técn.*, 1966, Nº 341, pág. 7.

desarrollo y mercadeo incluye factores de tipo científico, económicos y políticos que se deben conocer.

Aspectos tales como la utilización, la producción, el control o vigilancia, la información, etc., de los medicamentos han sido señalados por los organizadores de esta Mesa Redonda, como algunos de los aspectos que los participantes en la misma deberíamos tratar. Con estos objetivos y haciendo hincapié en los aspectos que personalmente nos preocupan y entendemos mejor, hemos preparado los siguientes comentarios, orientados, hasta donde es posible, teniendo muy presente nuestra realidad latinoamericana.

LOS MEDICAMENTOS Y LOS FACTORES AMBIENTALES

Aunque de una manera general, se acepta que la farmacoterapia de una entidad patológica es similar en cualquier parte del mundo, p.e.: el empleo de digitálicos en la insuficiencia congestiva cardiaca. Es también cierto que el efecto de las drogas, principios activos de los medicamentos, puede variar debido a diversos factores, factores que en ocasiones son específicos del medio que vive el hombre o inherentes a éste. De aquí se desprende que el uso de medicamentos en la práctica médica no puede tener las mismas características en todas partes y que existirán diferencias que el médico debe considerar, de acuerdo al área geográfica donde ejerza. Por razones de nuestro relativo subdesarrollo económico, el médico latinoamericano emplea medicamentos cuyos principios activos y aun su formulación, han sido desarrollados en otras áreas geográficas, principalmente en algunos países de Europa y Norteamérica, sin haberse evaluado teniendo en cuenta las características del enfermo latinoamericano.

Una de estas características es el estado de desnutrición de gran parte de nuestra población, característica bioquímica, pero íntimamente asociada a lo que llamamos factores ambientales.

Generalmente, el médico se siente seguro cuando emplea medicamentos y regímenes de dosis evaluados en otros países, en grupos de bien alimentados pacientes, pero es obvio que esa seguridad es ficticia cuando el medicamento se usa en poblaciones desnutridas. Hay evidencias² que la desnutrición es, sin lugar a dudas, uno de los factores que afectan la actividad de los medicamentos, desde su absorción, distribución, metabolismo y excreción, hasta su propia acción farmacológica. Un ejemplo clásico es el bien conocido hecho del sinergismo entre la desnutrición y la presencia e in-

² Jeffrey, G.: *Clin. Pharmacol. Therap.* 19: 607, 1976.

tensidad de las infecciones, lo cual dificulta, no pocas veces, el tratamiento de la enfermedad. Pero, ¿acaso se toma en cuenta este factor cuando se receta un medicamento? ¿Se han evaluado clínicamente los medicamentos en grupos de poblaciones desnutridas? La respuesta a ambas preguntas es generalmente negativa.

En muchos de nuestros países, la incidencia de parasitosis aflige a un gran porcentaje de nuestra población.³ Esta patología afecta al sistema gastrointestinal, al hígado y a muchos otros órganos; sin embargo, no hemos leído, en la literatura pertinente, estudios de cómo esta situación afecta la acción de medicamentos cardiotónicos, antihipertensivos, etc. Cabría, aún más, preguntarse si la misma formulación del medicamento no debería contemplar las alteraciones que en la fisiología del sistema gastrointestinal y en la función hepática pueden ocurrir debido a la parasitosis. ¿Cuántas drogas son evaluadas clínicamente en los países más desarrollados teniendo en cuenta este factor ambiental nuestro? Cuando se nos habla de una dosis para cierta patología ¿es esa dosis aplicable a un paciente desnutrido o crónicamente parasitado? ¿Tenemos en cuenta estos factores en nuestras investigaciones clínicas, o por el contrario, usamos esquemas de evaluación divorciados de nuestra realidad?

Poco se sabe o se ha investigado sobre la relación del efecto de las drogas y el clima, o la altura, pero existen algunas indicaciones de la posibilidad de que éstos sean parámetros importantes al evaluar clínicamente los medicamentos.⁴

La farmacogenética es una nueva ciencia que se ha desarrollado para estudiar las relaciones entre los valores o variantes genéticos y las respuestas a las drogas. El estudio de este factor ha dado por resultado el que se haya informado de variaciones individuales y aun poblacionales en el efecto de los medicamentos. Se conocen situaciones donde los factores genéticos tienen gran significancia en la farmacoterapia, tales son los casos de las drogas antimateriales, la Isoniacida y la Succinil Colina, pero los estudios clínicos conocidos como transculturales están apenas iniciándose; mientras tanto empleamos dosis, fármacos y medicamentos formulados y evaluados en grupos poblacionales que difieren genéticamente del hombre latinoamericano.

Estas consideraciones y otras es importante tenerlas presentes en la práctica médica, para que ésta sea más racional, así como en cualquier discusión sobre los medicamentos.

³ Botero, D.: *Clin. Pharmacol. Therap.* 19: 630, 1976.

⁴ Weihe, W. H.: *Ann. Rev. Pharmacol.* 13: 409, 1973.

No podemos restringir una discusión de los medicamentos a sus aspectos profesionales y científicos. Si el médico desea ejercer una medicina responsable, debe también estar familiarizado con los aspectos económicos y en especial, con el costo de los medicamentos que prescribe.

De acuerdo con algunas informaciones, en Latinoamérica se invirtieron alrededor de dos mil millones de dólares en medicamentos en 1970, lo cual representa, aproximadamente, el 1.3% del producto nacional bruto interno y alrededor del 10% de todo el dinero invertido en los servicios de salud en la región.⁵ Esto significa que en Latinoamérica se invierte menos de 10 dólares por año, por habitante, en medicamentos. Por otro lado, en los Estados Unidos de Norteamérica se invierte solamente el 0.7% de su producto nacional bruto en medicamentos, más o menos un 9% de los gastos totales en salud, que sin embargo, representa y esto es significativo, un gasto de 50 dólares por año, por habitante.⁶ En los países de Europa Occidental se informa que el gasto en medicamentos sólo alcanza un 0.5% del producto nacional bruto interno.⁷

Teniendo presente lo peligroso que es sacar conclusiones en base a índices, tales como el producto nacional bruto, sin considerar la participación individual, las cifras anteriores son interesantes pues demuestran nuestra pobreza de recursos y el hecho de que aunque invertimos cinco veces menos por habitante que otros países, nuestro costo, en relación a nuestra riqueza (producto bruto), es casi tres veces mayor.

En la mayoría de nuestros países, la inversión en medicamentos aumenta anualmente, no tanto por el aumento absoluto en los precios de ellos, sino a su mayor consumo y más amplia cobertura de las prestaciones farmacéuticas. Siendo un producto de primera necesidad y debido a que una parte muy significativa de la inversión en medicamentos la financia el Estado, es lógico que se busquen fórmulas para disminuir este gasto. El tema de los precios de los medicamentos es un tema muy emotivo, que se discute a nivel de los medios de comunicación, en los Congresos y Ministerios, y el médico debe tener un concepto claro del problema pues no se puede aceptar de él una actitud por "encima del problema" ni tampoco una posición demagógica al respecto, sino, por el contrario, debe estar bien informado y participar responsablemente en las decisiones que se tomen al respecto.

El Estado o sus agencias que tienen que ver con las prestaciones farma-

⁵ "La salud en América Latina", *Visión*: vol. 49, junio 1977, pág. 6.

⁶ Kristein, M. M., Arnold, C. B. y Wynder, E. L.: *Science* 195: 457, 1977.

⁷ Rigoni, R.: "Medicamentos y seguridad social", *Farma Información*, Brasilea, Suiza, 1969.

céuticas, proponen fórmulas o esquemas que disminuyan la inversión relativa en el ramo de la compra de medicamentos. Entre los mecanismos usados con ese fin, además de la regulación directa de los precios, sobresalen la confección de los "cuadros básicos o petitorios de medicamentos", la compra preferente de medicamentos bajo nombres genéricos, la fabricación de los medicamentos por agencias gubernamentales y el mercado total o parcial de los productos farmacéuticos por el Estado.

No hay duda que todas estas medidas o cualquiera de ellas inciden en la práctica médica. La aceptación de una u otra modalidad responde por lo general a las estructuras socio-políticas del país y no a las necesidades de la práctica médica. Algunas de las alternativas como la controversia entre productos genéricos en contraposición a productos con marcas de fábrica, no solamente se circunscribe a países en desarrollo, sino también se debate en los desarrollados.⁸

Para el médico latinoamericano este tema es muy importante, pues corrientemente se toman posiciones en base a tendencias políticas sin considerar otros aspectos y al médico que respalda los genéricos se le considera progresista, mientras que el que defiende la marca de fábrica es tildado de reaccionario. La disyuntiva genéricos *vs.* marca tiene mucho de artificial y en parte se debe a las emociones que crea, por una parte, la industria farmacéutica, desprestigiando el empleo de genéricos para salvaguardar sus intereses económicos y por otro lado los organismos de gobierno, esforzando la implantación de la compra y la prescripción de genéricos como única forma fácil de abaratar costos.

La disyuntiva genérico-marca de fábrica es artificial porque a priori no todos los productos genéricos son malos ni los que tienen nombre de marca, aun aquellos de laboratorios de prestigio internacional, son todos excelentes.

La identidad química de un medicamento no implica una identidad terapéutica. Ésta está sujeta a lo que se ha denominado la biodisponibilidad del preparado, es decir, la manera o la eficacia con que el medicamento entrega sus principios activos al paciente, lo cual depende de la formulación del producto y a su vez de la calidad de los materiales (principios activos y no activos) que se usan en la fabricación.⁹ Finalmente, la identidad terapéutica está también determinada por la farmacocinética del medicamento, que está sujeta a variables, relacionadas con las propiedades físico-químicas

⁸ Swinyard, E. A., en Goodman, L. S. y Gilman, A.: *The pharmacological basis of therapeutics*, 5th. Edition. MacMillian Publishing Co., Inc. New York, 1975, pág. 1602.

⁹ Arias, T.: *ConCiencia*, vol. 3, pág. 1, diciembre de 1976, Panamá.

del fármaco, las condiciones ambientales ya apuntadas y las características fisiopatológicas y genéticas del paciente.

En base a esta situación, creemos que carece de importancia cómo se compran los medicamentos, o cómo se prescriben los mismos, siempre y cuando se haya comprobado la identidad terapéutica crítica de los productos.¹⁰ Es necesario, por lo tanto, que a los medicamentos, genéricos o especialidades, junto a la exigencia de su identidad química, usualmente necesaria en todos los países para su registro y venta libre, se les exija, cuando sea el caso, su identidad terapéutica, constatada por sus valores de biodisponibilidad, lo que permitirá asegurar su eficacia y seguridad.

Por lo tanto, quizá sería necesario hacer dos listas de productos, una para aquellos que necesitarán pasar análisis de su identidad química y terapéutica y otra a los que se les exigirá sólo la química.

Este control no es autofinanciable por la mayoría de nuestros países y son entidades como la Organización Panamericana de la Salud las que deben interesarse en plantearse y resolver este problema. Una iniciativa al respecto ha sido el financiamiento, por parte de la Organización de Estados Americanos, de un proyecto multinacional de valoraciones biofarmacéuticas que podría ser un inicio para asegurar medicamentos de calidad, sean estos genéricos o de marcas. El medicamento es un instrumento de desarrollo y liberación en la medida en que ejerza el propósito para el cual está destinado, es decir, mantener la salud, salud que debe ser igual para todos, y no se puede permitir que por razones de poder adquisitivo, las clases privilegiadas tengan acceso a medicamentos de comprobada eficacia terapéutica, mientras que las clases económicamente desamparadas reciban medicamentos con identidad química aceptable, pero terapéuticamente dudosos. La solución a esta situación discriminatoria no implica aumento de costos, que de serlo así tendría que salir de los grupos económicamente fuertes, sino la aplicación de conocimientos técnicos a nuestros problemas. Bajo estos conceptos, se desprende que la mayoría de los cuadros básicos de medicamentos y los controles de registro aparecen como un juego burocrático que, en verdad, no resuelve problema alguno y sólo puede servir, acaso, para engañar a las clases más necesitadas, pues se les quiere hacer creer que las están protegiendo. Tampoco se obtiene una disminución en la inversión en medicamentos, si a la postre éstos no pueden cumplir su propósito, el cual es el de mantener un hombre sano y productor.

¹⁰ Azarnoff, D. L. y Huffman, D. H.: *Ann Rev. Pharmacol*, 16: 53, 1976.

Para el buen uso de los medicamentos se necesita del conocimiento apropiado de ellos. Durante su entrenamiento, el médico, a lo sumo, recibe una enseñanza básica en la Farmacología que, con regularidad, no se aplica en su totalidad durante el aprendizaje de las materias clínicas que es donde se "aprende a recetar" de acuerdo a las indicaciones de sus profesores clínicos o instructores hospitalarios, en un proceso en que por lo regular no siempre se aplica el método científico. Los cursos de Farmacología Clínica son inexistentes en la mayoría de nuestras escuelas y la relación de la Farmacología Básica en el proceso de escribir una receta es, a lo sumo, circunstancial.

Lo ideal sería que en la clínica se le enseñe a los estudiantes, cuando esto sea posible, a que reconozcan las alteraciones fisiopatológicas de las enfermedades y que abandonen los diagnósticos nosológicos. El estudiante podría, de esta manera, identificar específicamente la droga que puede modificar el desorden fisiopatológico y resolver los problemas terapéuticos usando métodos científicos.

En general, hay una orientación muy marcada en las materias clínicas al proceso diagnóstico, lo cual no es incorrecto, que resulta en que el objetivo principal y el esfuerzo intelectual más grande que realiza el médico ante un paciente es el diagnóstico de la enfermedad. Por lo general, el tratamiento de la misma se hace rutinariamente, sin pasar por un proceso intelectual, similar al que se usó en el diagnóstico, pues se considera incorrectamente que esta actividad es más fácil, menos importante y por el entrenamiento "hacia el diagnóstico" no existe la motivación para que no sea de otro modo.

Lo anterior ha resultado en que la mayoría de los médicos reciben y aceptan toda la información sobre los medicamentos a través de la propaganda de quienes los fabrican. Son sólo unos pocos los afortunados quienes trabajan al calor de buenos centros de información bibliográfica universitaria u hospitalaria o que hacen un esfuerzo poco común en mantenerse objetivamente informados.

Esta situación, común en muchas partes del mundo, es todavía más seria cuando los productores no tienen ninguna guía de lo que pueden o no pueden decir. La propaganda de los laboratorios está dirigida "a una campaña de venta agresiva donde se hace sobresalir los méritos del producto y se descuida señalar los riesgos inherentes a su uso".¹¹ Muchas veces lo

¹¹ Kennedy, J. F., en Kaldor, A.: "Patterns and problems of drug consumption in a developing country (Hungria)"; *Clin. Pharmacol. Therap.* 19: 657, 1976.

que no se dice tiene más importancia que lo que se indica con respecto a un medicamento. En una publicación sobre medicamentos hemos leído lo siguiente:

“Los médicos deben advertir a sus pacientes que piensen viajar fuera de los Estados Unidos, que la dipirona, un medicamento que puede causar discrasias sanguíneas fatales, se vende sin receta médica en otras partes del mundo” y continúa: “Desafortunadamente, en 1974 los medicamentos que contienen dipirona todavía se venden ampliamente en algunos países latinoamericanos”, y después de indicar los laboratorios que producen este analgésico-antipirético y sus respectivos nombres comerciales termina diciendo: “en muchos países estos medicamentos se hallan fácilmente disponibles en boticas que los expenden sin receta médica y sin advertencia a los médicos, los farmacéuticos o los enfermos”.¹² Un interesante estudio sobre lo que los laboratorios dicen de sus productos en nuestros países, comparándolo con lo que dicen los mismos laboratorios en los países que tratan de protegerse de una propaganda irresponsable o lo que aparece en los libros de referencias básicas de Farmacología, se presentó en el VI Congreso Latinoamericano de Farmacología, celebrado en Buenos Aires, a finales del año pasado.¹³

Es indispensable propugnar un control más estricto de la propaganda y la promoción de los medicamentos para que en verdad sirva de fuente informativa al médico. Creemos que esta actividad, si bien tiene un objetivo promocional, debe enmarcarse dentro de la actividad exclusiva del farmacéutico o el médico, pues con eso se aseguraría que la labor informativa fuese más profesional y los aspectos comerciales de la misma serían equilibrados con el conocimiento y la ética de estos profesionales de la salud.

Además, se debería pugnar por la creación de fuentes independientes de información sobre medicamentos, preferiblemente a través de las oficinas regionales apropiadas, los departamentos de control de los Estados, las asociaciones profesionales y las universidades. Finalmente, debemos estar conscientes de que la actitud que se cree en el estudiante de medicina con respecto a los medicamentos, es lo que al fin y al cabo va a permitir los cambios que a este respecto se necesita hacer.

¹² *Carta Médica*: vol. 16, ejemplar 405, julio 19, 1974. El subrayado es nuestro.

¹³ Rovere, Alfredo: *Fuentes de información apropiadas en la prevención de las reacciones adversas*, Rosario, Argentina.

Si es bien aceptado que la industria latinoamericana en general se ha “desarrollado” en base a técnicas transplantadas de países más desarrollados y que la investigación básica para la obtención de esa tecnología es prácticamente inexistente en nuestros países, en el caso específico del desarrollo de nuevos fármacos y aun en el de nuevos medicamentos (formulaciones de principios activos con otros no activos) esta generalización de la industria se mantiene con características aún más serias. Nuestros países pueden considerarse imitadores más que innovadores en el desarrollo de nuevos fármacos y medicamentos y en muchas ocasiones, la tecnología, olvidémonos de la investigación básica, no se adapta ni siquiera a las características más sobresalientes de nuestra población, como por ejemplo, el binomio desnutrición-parasitosis, indicado en la primera parte de este trabajo.

A fuerza de ser pragmáticos tenemos que aceptar que estamos muy lejos de poder invertir recursos económicos y humanos, que además son escasos en la investigación fundamental necesaria para el futuro.¹⁴ También sabemos que aun países con cierto desarrollo industrial, capacidad investigativa y con una tradición industrial farmacéutica bien cimentada, no pueden autosuplirse de todos los fármacos en uso hoy día.¹⁵ La industria farmacéutica internacional tiene su base exclusivamente en países desarrollados y no hay que restarles mérito en muchos de los avances terapéuticos obtenidos, gracias a su investigación básica y aplicada, los cuales son usufructuados por todo el mundo.¹⁶ Sin embargo, la inversión para el desarrollo de nuevas drogas está sujeta a la patología de los países industriales y poca atención se le presta a las necesidades de fármacos para enfermedades de las regiones menos desarrolladas. Es así como no tenemos una droga efectiva para la tripanosomiasis y son pocos los recursos que se invierten para encontrarla. A diferencia, ingentes sumas y recursos humanos se vuelcan en la búsqueda de fármacos para la patología de los países industriales que obviamente también serán beneficiosos y se necesitan para los nuestros. Es importante y necesario que en Latinoamérica se use la investigación y se empleen los fármacos que se originan en otras latitudes, pero asimismo se debe propugnar que en nuestro medio, por lo menos, se lleve a cabo la investigación aplicada necesaria a nuestras necesidades y que al hacerla, ésta se realice tomando en consi-

¹⁴ Bylinsky, G.: “Future drugs that will be lifesavers for the industry too, *Fortune*, vol. XCIV, diciembre 1976, pág. 153.

¹⁵ Kaldor, A.: Ver referencia 11.

¹⁶ Documentación sobre la industria de investigación del medicamento, Editores *Pharma Information*, Basilea, Suiza, 1971.

deración la patología, el ambiente y los factores genéticos y culturales de nuestros pueblos. La transferencia de tecnología sin realizar el mínimo esfuerzo para adaptarla a las condiciones locales es inadmisibles. Sobre el particular recomendamos la lectura del trabajo de la doctora María Isabel Rodríguez, presentado en la IX Conferencia de la UDUAL.¹⁷ Davidson,¹⁸ en un reciente e interesante trabajo sobre la investigación en Latinoamérica, informa que durante los años 1973, 1974 y 1975, se publicaron, por autores latinoamericanos, 9 506 trabajos científicos, de los cuales 2 951 (31%) tenían que ver con trabajos clínicos en medicina. Este porcentaje es superior al de los países desarrollados aunque en términos absolutos es muy inferior. Sin embargo, estamos de acuerdo con Echeverría y colaboradores¹⁹ en sus comentarios sobre este tipo de investigación, cuando expresan que: "La investigación clínica, cuya finalidad es comprobar la acción de un producto de eficacia establecida y la que se encamina a la revisión retrospectiva de los casos atendidos en una institución de servicio, no tiene valor como investigación".

Nuestros países deben insistir que en el desarrollo de nuevos fármacos, los laboratorios realicen investigación fundamental en Latinoamérica orientada a la solución de nuestros problemas. Se debe insistir también que en el desarrollo de un nuevo fármaco, parte de la evaluación preclínica se lleve a cabo en nuestros países. Finalmente, se debe exigir que en las etapas de la evaluación clínica, fases I, II y III, haya una participación activa de nuestros investigadores, que usando protocolos adaptados a nuestra realidad puedan permitir sacar las conclusiones apropiadas. Al mismo tiempo, en la formulación de los medicamentos es necesario que estudios de biodisponibilidad y farmacocinética clínica se lleven a cabo en nuestra población, para asegurarse de la efectividad de los medicamentos que hemos denominado *críticos*, así como las dosis, frecuencia de administración, etc., que deben usarse.

Como complemento, se hace imperativo que todo médico esté familiarizado con la fase IV de la evaluación clínica —confirmación del valor terapéutico y observación de efectos adversos no sospechados— y que existan los canales para que estas observaciones sean usadas positivamente.²⁰

¹⁷ Rodríguez, M. I.: "El trabajo científico investigativo en la formación de los profesionales de la salud", IX Conferencia, UDUAL. La Habana, 1976.

¹⁸ Davidson, J.: "Mainstream research in Latin America and the Caribbean", *Interciencia* 2: 143, 1977.

¹⁹ Echeverría, E. B., Ordóñez, B. y Álvarez, R.: *Investigación para la salud en México*, Serie Estudios CONACYT, 1974, en Rodríguez, ref. 17.

²⁰ Organización Mundial de la Salud: *Serv. Int. Téc.*, 1969, N° 425.

Este tipo de tareas es obviamente muy diferente a lo que, según expresan Echeverría y colaboradores¹⁹ y Rodríguez¹⁷ se está haciendo actualmente. Es obvio que no todos los países latinoamericanos están en posición de implementar lo que se ha indicado, pues razones de tamaño, población, pujanza económica y personal investigador apropiado no lo permitirían. Estamos convencidos que organismos como la Organización Panamericana de la Salud deben tomar una participación activa en este campo, orientando, regulando y aun dirigiendo o recomendando los pasos a dar sobre los diferentes aspectos que atañen a los medicamentos y que parcialmente hemos mencionado en este trabajo.

MESA REDONDA

LOS MEDICAMENTOS Y LA PRACTICA MÉDICA

Ponencia oficial

por HUGO MERCER *

Un primer elemento a definir en el análisis de la prescripción médica contemporánea es el escenario donde ésta se desarrolla. La sociología ha tomado muchas veces el modelo de la acción teatral para explicar el acontecer social, eso llevó a definir actores, a estudiar sus papeles y a ubicarlos en un escenario. Esta elección no resultaba fortuita y muchas veces respondía a una necesidad de esconder los verdaderos determinantes de la acción social.

En nuestro caso podríamos circunscribirnos la conducta prescriptiva dentro del escenario de un consultorio y ver el desempeño de los actores médico y paciente como una relación basada en un acuerdo ético claramente establecido. Sin embargo intentaremos abordar la problemática de la prescripción médica estableciendo desde el inicio las condiciones del escenario actual.

A partir de 1870 en Europa se comienzan a sentir efectos de una segunda revolución industrial, a la creciente utilización de nuevas formas de energía—petróleo, electricidad— se le suma el desarrollo de grandes inventos: teléfono, colorantes sintéticos, motor de explosión, etc. Pero por sobre estos hechos se observa una situación peculiar: la vinculación entre el conocimiento científico y la producción material. Por primera vez se da una relación tan estrecha entre el trabajo científico y la producción fabril, que

* Coordinador de la maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana. México.

tendrá una decisiva repercusión para lo que hoy día es la industria farmacéutica. Algunos historiadores de la ciencia llaman a este proceso el establecimiento de una nueva "línea dominante" en el desarrollo del conocimiento, "línea" que a partir de entonces deja de situarse en la labor meramente teórica y contemplativa, para ubicarse en el espacio de la práctica.¹ Más específicamente, los historiadores de la economía pueden ejemplificar esta dominación de los requerimientos prácticos, con un caso típico: la fábrica BASF de Alemania, dedicada fundamentalmente a la producción de anilinas, la que estuvo subvencionando durante quince años trabajos de laboratorio en busca del índigo sintético, lo que al fin se logró, reportando a la firma enormes beneficios, y cuantiosas pérdidas a los ingleses que importaban el índigo natural de la India, donde tenían sus plantaciones.²

Este ejemplo de la industria química de la cual se derivó posteriormente la rama farmacéutica es ilustrativa de los elementos que constituyen el "escenario" actual de esta producción.

En 1870 encontramos ya investigación y desarrollo como inversión orientada a la producción, tenemos también una situación de competencia internacional que se basa en países productores de materias primas y países que las industrializan. El índigo de 1870, fue también el tanino de 1930, el barbaso o el níquel de nuestra década. Esos son, sin duda, elementos que se hacen presentes en forma reiterada en la evolución histórica de la industria químico-farmacéutica, pero si a fines del siglo pasado el nacimiento de la industria farmacéutica se realizó como una derivación de otras industrias (textiles, colorantes, explosivos) hoy en día el círculo se ha invertido pasando a depender estas industrias del desarrollo de las modernas transnacionales farmacéuticas.

Particularmente en algunos de estos aspectos, nos hemos referido en primer lugar a la relación entre Investigación y Desarrollo con la producción; a fines del siglo pasado la incorporación de una innovación tecnológica por parte de un capitalista le redituaba beneficios mayores durante el período en que monopolizaba dicha innovación. Marx lo analiza en términos de beneficios extraordinarios que obtiene el capitalista al poder aplicar innovaciones desconocidas por sus,³ la presunción básica en Marx es que dada la rápida y completa difusión del conocimiento técnico este beneficio extra termina siendo temporario, este supuesto, señalan algunos autores, debe

¹ Fichant y Pechaux: Sobre la Historia de las Ciencias, Siglo XXI, Argentina, 1971.

² Suárez F. "La industria farmacéutica Argentina", ECLA, Universidad del Salvador, Argentina, 1973.

³ Marx, K.: El Capital. T. 3 Cap. 10, Siglo XXI, México, 1976.

suprimirse en el capitalismo monopólico. Lo que resultaba claro para fines del siglo pasado como separación de dos ámbitos: el espacio de la producción, constituido por la fábrica con su cuerpo valorativo e ideológico orientado al lucro y el espacio científico, de la Universidad, el laboratorio, sin más orientación valorativa que una supuesta búsqueda del bien común, deja de serlo para nuestro presente. La producción capitalista impregna otros ámbitos, la prescripción, el consumo y hasta la investigación de productos éticos como los medicamentos asumen también determinaciones lucrativas. Chudnovsky señala al respecto que "el conocimiento técnico es hoy el resultado de una actividad institucionalizada dentro de las grandes compañías, y por consiguiente muchas de las inversiones e innovaciones ya no provienen de personas ajenas a las firmas, sino que resultan de la actividad de trabajadores científicos dentro de una definida organización capitalista".⁴ La actividad inventiva ha pasado del ámbito del pequeño productor de mercancías a la esfera del capitalista. La institucionalización de esa actividad significa, su definitiva incorporación al proceso capitalista de las grandes empresas. Más enfáticamente, este mismo autor, considera que los inventores se han convertido en proletarios. "El capitalismo explota cierta fuerza de trabajo con el fin de obtener mercancías que tienen la particularidad de ser productoras de beneficios monopólicos".

Para apoyar esta máquina de invención-producción también es necesario que exista paralelamente un mecanismo que permita usufructuar estos beneficios. Esta situación se da dentro del contexto de una economía monopólica, lo que permite que la plusvalía no se apropie únicamente en el proceso productivo sino que abarque también la posterior circulación y consumo, aprovechando las particularidades del conocimiento técnico como mercancía.

Las patentes, y todo el sistema jurídico correlativo le dan su necesario marco de funcionamiento. Un estudio de la UNCTAD, señala al respecto, que en la mayoría de los países en desarrollo, las sociedades extranjeras poseen el grueso de las patentes y según un cálculo correspondiente a 1972, la propiedad extranjera de patentes en los países en desarrollo ascendió en total a un 84%, y que en muchos países tal cifra era aún mayor.⁵

Es dentro de este "escenario" donde queremos analizar las condiciones de la prescripción médica, esta introducción sirve entonces para salir del

⁴ Chudovsky, Daniel: "Empresas Multinacionales y Ganancias Monopólicas", Siglo XXI, Argentina, 1974.

⁵ UCTAD: La función del sistema de patentes en la transmisión de tecnología a los países en desarrollo. TD/B/AC. 11/. 9, 1975.

recinto casi artesanal de la relación médico-paciente y poder visualizar las determinantes de su actual desarrollo. Quizás aún nos falten nexos explicativos, dado que esta temática ha sido escasamente estudiada en América Latina, por lo que resalta como una necesidad: vincular la concentración de capital y la monopolización de la tecnología por parte de la industria farmacéutica con las diversas modalidades que asume la práctica médica en nuestros países.

LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Existe una reiterada explicación de la evolución del conocimiento médico como una marcha progresiva de las capacidades diagnósticas y terapéuticas, marcha paralela, que se hace residir fundamentalmente en la vinculación entre la clínica y la clínica y la farmacoterapia. Esta explicación nos impide ver que la historia de un conocimiento científico es también un proceso de rupturas, desigualdades e intereses parciales. Por lo que el momento de la prescripción de medicamentos debemos descomponerlo en sus etapas centrales, resulta entonces conveniente preguntarnos cómo se elabora la conducta prescriptiva en el médico.

La actividad médica ha sido una especie de paradigma de conducta racional, de secuela lógica, de actitudes científicas alejadas de todo juicio valorativo. Para lograr un profesional dotado de todas estas virtudes y capacitado para actuar en base a una racionalidad científica, se estableció un pormenorizado proceso educacional, la escuela o facultad de medicina estructurada según el modelo flexneriano es ejemplo de este sistema formativo. Berliner⁶ señala que al asumir la medicina esta función paradigmática para el conjunto de las ciencias, la Escuela de Medicina norteamericana establece, en cierta forma, el espejo científico donde se mirarán en el futuro las escuelas latinoamericanas. El informe Flexner significó una nueva forma "de comprender el cuerpo, de estructurar la investigación y también de basar el diagnóstico y la terapéutica". El informe Flexner, al proponer una medicina científica nueva, también trataba de ubicar el foco de la investigación sobre el individuo, y más especialmente en el nivel sub-individual (célula u órgano). Esto no sólo servía para ocultar la relación entre el ambiente externo y la enfermedad, sino que también tendió a centralizar la investigación sobre la cura y prevención de la enfermedad más en el individuo que en la colectividad". Esto asociado a una imagen del cuerpo

⁶ Berliner, Howard: A larger perspective on the Flexner Report, International Journal of Health Services. Vol. 5, Nº 4, 1975.

humano como una máquina, lo que es coherente con una conducta instrumentalista en el diagnóstico y en el tratamiento. El cuerpo se puede entonces fraccionar y tratar parcialmente sin afectar al resto de la totalidad, vemos entonces que es sobre esta base positivista donde se estructura la nueva educación médica que desde los EE. UU. se ha irradiado a nuestros países. Dentro de este enfoque resulta coherente que la farmacoterapia se transmita como un partícipe de mediana importancia en el curriculum médico. A pesar de ser la práctica terapéutica de uso más frecuente y de mayor gravitación en términos económicos, la intensidad de tiempo que a ella se destina y su forma de enseñanza es paradójicamente escasa.

En la mayoría de las escuelas de medicina de nuestro continente la enseñanza de la farmacología responde al criterio de que "...debe ubicarse después de los cursos de bioquímica y de fisiología y cuando el estudiante conozca ya los procesos patológicos generales".⁷ Como señala García⁸ resulta conveniente preguntarse acerca del porqué de esta ubicación y también acerca de qué consecuencias acarrea a la formación del médico.

El estudiante de medicina, a quien se le considera una tabla rasa sobre la cual al ingresar a una escuela o facultad, comienza a inscribirse nuevos y verdaderos conocimientos científicos no lo es tanto. Resulta imposible considerar a cualquier individuo dentro de nuestras sociedades como una tabla rasa o un Robinson Crusoe alejado de las determinaciones del sentido común y de la información que la propaganda difunde persistentemente.

La enseñanza de la farmacología, según el modelo derivado del paradigma flexneriano queda inserta generalmente al promediar la carrera universitaria. No es un conocimiento introductorio ni tampoco un área integrada a la aplicación clínica, con lo que la formación científica en aquello que se va a transformar en el instrumento de mayor utilización por parte del futuro médico opera sobre nociones propias del sentido común que no han sido eliminadas, y por otra parte desvinculada de la práctica terapéutica concreta.

La enseñanza de la farmacología es coherente entonces con el modelo educacional positivista, parcializando el aula de la población, o separando el laboratorio de la sala clínica. Este proceso formativo genera el recurso humano sobre el cual articula su accionar la producción farmacéutica.

Si en períodos previos el farmacéutico y el médico conocían la elaboración

⁷ Comité de Expertos de la OPS/OMS en la enseñanza de la Farmacología. Washington, 1969.

⁸ García, Juan César: Educación Médica en América Latina. OPS/OMS. Pub. Científica 255.

y utilización de los productos magistrales, la necesaria evolución de la industria distanció enormemente sus conocimientos de sus prácticas. Esta educación médica que enajena al futuro profesional a formas prescriptivas que escapan a su razonamiento lógico no es aleatoria, al contrario es coherente con el tipo de instrumento que se necesita para que más del 80% de las consultas médicas terminen en la prescripción de uno o más medicamentos.

La fase siguiente en la conducta prescriptiva del médico es el propio ejercicio asistencial, al respecto se ha señalado que la propia rapidez con que se introducen los nuevos productos y las pequeñas variaciones entre los productores ya existentes y los nuevos nombres, combinando a una carencia deplorable de información oficial sobre los costos y la eficacia relativa de los medicamentos, han hecho que la profesión médica dependa casi exclusivamente para su información de las propias empresas farmacéuticas. "Debido a su carácter promocional, la información que proporcionan sobre las medicinas las empresas productoras no llega a satisfacer normas rigurosas de objetividad".⁹

Si unimos esta modalidad de difusión propagandística del conocimiento científico a las condiciones en que se desarrolla la educación farmacoterapéutica, no nos extraña observar que se manifieste que los médicos no están en condiciones de justipreciar racionalmente las afirmaciones de las empresas farmacéuticas y se dejan así influir mucho por las poderosas técnicas promocionales.

El citado estudio de la UNCTAD, señala al respecto que la contribución de las técnicas de promoción para un mayor dominio del mercado farmacéutico es probablemente, aún mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados de economía capitalista. No solamente los médicos reciben una formación análoga a la de los médicos de los países desarrollados, con lo que se familiarizan con los nombres comerciales internacionales, sino que, tanto ellos como sus enfermos tienen un fuerte prejuicio en favor de los productos extranjeros frente a los del país, prejuicio a veces justificadamente reforzado por el temor de que algunos productos nacionales sean de calidad inferior.¹⁰

Sinteticemos al respecto, que con una educación que limita el conocimiento más que extenderlo y con un mecanismo de información continua en manos de los laboratorios farmacéuticos, el médico se llega a transformar en un instrumento condicionado, y con escaso margen de decisión propia.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

La conducta prescriptiva del médico es entonces vincularla a los sujetos o en el institucional hospitalario.

hacia los cuales va dirigida, al definir la demanda de los pacientes podemos diferenciar la existencia de dos componentes, el explícito basado en una necesidad de tratamiento técnico, acompañada de un contenido implícito de demanda de ayuda. Es también un acuerdo tácito que el médico atiende estos dos componentes de la demanda, sea en el ámbito privado

Si bien esta respuesta médica adquiere diferentes connotaciones según se desarrolle en un hospital estatal o una clínica privada, es importante reconocer que el medicamento se transforma en la demanda más frecuente por parte de la población asistida a lo que el médico responde de igual manera.

Vemos entonces que la producción farmacéutica impregnó primero el campo de la investigación, extendiendo la fábrica al laboratorio, integrando unarelación funcional entre ambos. El paso siguiente fueron los servicios, sea en el hospital, la prescripción pasó a depender en gran medida y para algunos grupos terapéuticos, en particular, de la información y estímulo de las empresas farmacéuticas.

Esto fue factible debido en gran medida a que se convirtió el elemento central de la prescripción médica en una mercancía. El pasaje de un producto ético o un bien sujeto a las condiciones de intercambio y consumo ha sido de central importancia, tanto para el medicamento en sí mismo como para la práctica médica en su conjunto. El medicamento-mercancía ocupa un espacio central dentro del campo de la salud, hemos mencionado ya su expansionismo al abarcar las áreas supuestamente éticas, haciendo a la par más visibles el condicionamiento ideológico de dichas áreas.

La población, en general, posee una imagen del medicamento, imagen en la que están presentes la capacidad terapéutica unida a una posibilidad de solución rápida, visible, manuable a su problema. Problemas que dado el carácter que asume el medicamento puede ser resuelto por un acto más de consumo. Esta situación final del consumo, sin embargo, no debe hacernos perder de vista que la raíz del problema no reside en este momento.

A lo largo de esta presentación, se ha tratado de insistir en que el eje en torno al cual se desarrollan las manifestaciones distorsionadas de la farmacoterapia, es la producción.

El aporte central del materialismo histórico al "descubrir" la plusvalía, fue el de identificar que su generación se daba en el momento productivo, que es en el proceso de trabajo en donde se estructuran las relaciones

básicas de nuestra sociedad. Dejando así de lado concepciones que hacían ver la generación del valor a partir de la satisfacción de necesidades subjetivas o en el consumo en general.

Algo similar debemos realizar para explicar también las realidades y mixtificaciones del medicamento. Buscar su realidad en cada uno de los momentos de su desarrollo, desde la invención hasta el consumo final, pero teniendo presente que la base explicativa está dada por la particular forma que asume dentro del capitalismo monopolista. Por eso hablar de Farmacología significa reconocer la existencia de otros componentes en el medicamento además de las sustancias químicas. Componentes estos que tienen un efecto tan real y concreto como los otros.

La pregunta que nos podemos formular, es cuánto tiempo más dejaremos presente en la actividad educativa sólo el elemento "bioquímico", por llamarlo de alguna manera sumamente general. Durante varios años se pudo ocultar que la generación del valor en el acto productivo implicaba la explotación, no será ya el momento de correr el velo ético sobre el cual se ocultan los medicamentos, para evidenciar a los estudiantes de medicina, odontología, enfermería, farmacia, etc., que son ellos también futuros eslabones en la realización de una mercancía más.

Llamar al medicamento mercancía no tiene sólo una connotación peyorativa, también implica reconocer que posee un elemento útil, al igual que los alimentos, abrigos, etc., que consumimos. Pero si en las universidades pretendemos desarrollar una práctica científica debemos incorporar a la actividad educacional todos los elementos de la realidad. Hacer visible lo inconsciente, evidenciar lo encubierto parece ser el desafío que se nos plantea a los docentes del campo de las ciencias de la salud.

Pero hay que tener presente también que ya se ha perdido mucho tiempo y que existe una sólida estructura montada sobre el medicamento, que inclusive una vez generada y establecido un hábito consumista puede llegar a manejarse, incluso, sin el médico. Los datos acerca de la creciente automedicación provenientes de diversos países latinoamericanos así lo atestiguan, al igual que el fenómeno de la prescripción por parte de otro personal que nos es el médico. Frente a este punto se hace necesario reconocer que la responsabilidad educacional no compete solo a los docentes de farmacología sino al conjunto de los docentes de las escuelas o facultades, el medicamento se ha transformado de una solución terapéutica en un problema que debe ser "remediado" por todos.

Evitando como decía La Fontaine que "el temor a un mal lleva a usar remedios que hacen caer en otro mal peor".

MESA REDONDA

LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA

LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA
EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Ponencia oficial

por ARISMENDY DÍAZ SANTANA *

INTRODUCCIÓN

Esta ponencia se limita a intentar una aproximación a la temática sugerida por esta Mesa Redonda. Tomando en consideración la experiencia específica de los demás expositores sobre el problema a nivel de Latinoamérica, consideramos interesante ofrecer algunas ideas sobre las características económicas y la evaluación reciente de la industria farmacéutica del país, de la comercialización y de su incidencia en la práctica médica local.

Desde el punto de vista económico, se trata de un tema todavía ignorado por los economistas y subestimado hasta por las propias informaciones oficiales. Esta situación hace verdaderamente difícil abordar el tema.

Hemos consultado a médicos, farmacéuticos, químicos industriales y visitantes a médicos, quienes nos ayudaron enormemente en sus áreas respectivas, y a quienes les agradecemos su valiosa cooperación, pero siempre quedó en pie el vacío en el aspecto económico del país.

* Doctor en Economía de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.

MERCADO NACIONAL DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

El mercado interno de productos farmacéuticos experimentó un incremento en 1974 del 10.9% y en el año siguiente del 11.7%. Este sector superó el ritmo de crecimiento de la economía nacional en el mismo período.

De acuerdo con las informaciones obtenidas por el doctor José A. Puig y utilizadas en un trabajo reciente¹ el valor de las importaciones a precio de venta a las farmacias y el valor de los productos fabricados por la industria farmacológica nacional fue como sigue:

Años	Importaciones	Producto interno	Consumo total
1974	38 222 816	10 491 984	48 714 800
1975	41 813 547	11 657 760	53 471 307
1976	48 456 003	14 228 757	62 684 760

Las informaciones anteriores indican que la producción nacional creció al mismo ritmo que las importaciones de medicamentos lo cual refleja que los importadores mantienen su posición relativa en el mercado.

El consumo *per capita* de medicamentos fue, en 1975, de aproximadamente RD\$11.17 y se elevó a RD\$12.72 durante el pasado año.

PRODUCCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS

La industria farmacéutica del país es todavía tan pequeña que apenas figura en las estadísticas nacionales. De cada RD\$1 000.00 invertidos en 1975 en el sector industrial, menos de US\$3.00 estaban destinados a la producción de medicamentos. Del personal ocupado en la producción industrial menos de dos trabajadores de cada 1 000 consumen sus energías creadoras en el sector de la salud. En sentido general, todavía en América Latina la industria farmacéutica ocupa un lugar en abierta contradicción con la importancia de la salud en quehacer de la sociedad moderna. Pero aunque esta situación no se corresponde con las necesidades de nuestros pueblos,

¹ El doctor José A. Puig presentó recientemente una interesante y bien documentada ponencia ante el Segundo Intercambio Científico-Farmacéutico Dominicano-Puertorriqueño con el título: *Análisis del desarrollo de la industria farmacéutica en República Dominicana*. En esta interesante ponencia el doctor Puig utiliza informaciones de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Previsión Social, las cuales están más actualizadas que las que nos ofreció la Oficina Nacional de Estadística.

obedece a las complejas relaciones de dependencia en que están inmersas nuestras economías. La industria azucarera dominicana, por ejemplo, emplea el 41% de todo el capital industrial aunque la demanda interna del dulce representa sólo el 10% de su producción.²

Empleamos cuantiosas riquezas en producir bienes que no consumimos y al mismo tiempo dejamos de invertir en la producción de los bienes que necesitamos. Esta distorsión de la estructura productiva constituye precisamente una de las condiciones de las relaciones de dependencia.

Sin embargo, según la Oficina Nacional de Estadística, entre 1968 y 1975 el número de establecimientos productores de fármacos se elevó de siete a 13, es decir, prácticamente se duplicó. Asimismo el capital invertido pasó de RD\$811' 200 a RD\$2 811 624 registrando un incremento de aproximadamente 3.5 veces. Este movimiento determinó un ascenso en el capital promedio de RD\$115 886 a RD\$216 279. De estas informaciones se desprende que, aunque pequeña, la industria farmacéutica ha comenzado a dar sus primeros pasos en firme, y a recorrer un largo camino que, por ser largo, es promisorio. "En cuanto a la industria farmacéutica nativa, hay que reconocer que se encuentra en pañales, y lo demuestra el hecho de que en los últimos 10 años sólo el 4.3% de las especialidades farmacéuticas corresponden a productos nacionales. No obstante la baja producción, hay laboratorios

Número de establecimientos, capital invertido y capital promedio en la industria farmacéutica dominicana, 1968-1975

Años	Número de establecimientos	Capital invertido	Capital promedio
1968	7	811 200	115 886
1969	11	1 176 624	106 966
1970	10	1 431 324	143 132
1971	10	1 556 324	155 632
1972	10	1 333 724	133 374
1973	12	1 515 624	126 302
1974	13	2 706 624	208 202
1975 *	13	2 811 624	216 279

* Cifras sujetas a rectificación.

Fuente: Oficina Nacional de Estadística.

² En este cálculo hemos excluido al sector minero.

nacionales que ponen muy en alto la ética farmacéutica al elaborar cuidadosamente fórmulas farmacéuticas empleando materias primas de primerísima calidad.”³

Un indicador importante es la relación capital/empleo en el sector; este indicador nos señala cuánto capital en promedio se ha invertido por cada trabajador empleado, lo cual nos da una idea del grado de complejidad tecnológica del proceso bajo análisis.

Según el cuadro que insertamos a continuación, en 1968 la inversión de capital por cada asalariado fue de RD\$4 716 en promedio. Pero dos años después, en 1970, la inversión *per capita* se había casi duplicado, y aunque descendió durante los años 1971, 1972 y 1973, en 1974 retornó a su curso ascendente llegando en 1975 a una inversión casi tres veces mayor que la registrada siete años atrás. Este movimiento de capitales revela un proceso de tecnificación de la industria de medicamentos y productos afines.

Evolución de la relación capital-empleo, 1968-1975

Años	Nº Empleos	Capital invertido	Capital/Empleo
1968	172	811 200	4 716
1969	189	1 176 624	6 226
1970	157	1 431 324	9 117
1971	184	1 556 324	8 458
1972	182	1 333 724	7 328
1973	188	1 515 624	8 062
1974	238	2 706 624	11 372
1975 *	231	2 811 624	12 372

* Cifras sujetas a rectificación.

Fuente: Oficina Nacional de Estadística.

Si construimos números índices tanto del volumen físico como del valor de las ventas de productos farmacéuticos, tendremos una idea más precisa de la situación económica de esta rama industrial. Según las estadísticas oficiales, el índice del volumen físico de la producción se elevó sistemáticamente de 100 en el año base (1968 = 100) a 219 durante el año 1974.⁴ Ello

³ Doctora Celia Cruz de Colón, *Control de especialidades farmacéuticas*.

⁴ Para este análisis hemos excluido las informaciones del año 1975 por considerar que las mismas no se corresponden con la serie histórica del sector.

indica que la producción real de medicamentos se incrementó en un 119% relacionando los años 1968 y 1974. Sin embargo, el índice del valor de las ventas se incrementó más aceleradamente en todos y cada uno de los años del período bajo estudio. De un índice de 100 en 1968 (año base), se registró un ascenso en 1974 a 286, lo cual revela un crecimiento de un 186%. El hecho de que en todos los años el índice del valor de las ventas haya sido superior al índice de la producción física o real, indica que los productores de medicamentos se están beneficiando de un proceso inflacionario del sector con el consiguiente encarecimiento de los medicamentos para los usuarios. Quizás en ello incidan los crecientes gastos de propaganda y promoción de las empresas para tratar de imponer sus productos en el mercado.

Comparación entre el índice del volumen físico y el índice del valor de las ventas, período 1968-1974

Años	Índice volumen físico	Índice valor ventas
1968	100	100
1969	108	124
1970	103	140
1971	119	148
1972	178	157
1973	199	203
1974	219	286

Fuente: Oficina Nacional de Estadística.

Posiblemente exista cierta discrepancia entre el número de establecimientos productores de fármacos que tiene registrada la Oficina Nacional de Estadística y los que informa la Secretaría de Estado de Salud Pública. Excluyendo los laboratorios que se dedican a la elaboración de cosméticos y los que simplemente envasan materias primas importadas, para 1976 dicha Secretaría reconoce la existencia de 22 laboratorios dedicados a la elaboración de productos éticos.⁵ Según esas mismas fuentes, sólo 10 laboratorios poseen una inversión de capital que supera los 5.3 millones de pesos, em-

⁵ Ver exposición del doctor Puig, ya citada.

pleando un total de 262 trabajadores (obreros y empleados). En este caso la inversión *per capita* sería superior a los RD\$22 200.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRODUCCIÓN FARMACÉUTICA

Los productores farmacéuticos producen y distribuyen medicamentos no necesariamente porque estén empeñados en elevar la salud pública, sino porque han encontrado en esa actividad un medio adecuado para obtener y acumular riqueza social. De no asegurarse una elevada ganancia, se dedicarían a cualquier otra actividad que les garantice la reproducción de su capital. Como buenos empresarios, su verdadera vocación no es la producción de medicamentos sino la plusvalía, aunque las circunstancias del mercado los hayan impulsado a dedicarse a "contribuir a elevar la salud del pueblo".

Por lo tanto, su interés real no reside en el producto como tal, o sea, en el medicamento, sino en lo que ese medicamento representa en el mercado. Aunque sea intuitivamente, su verdadero interés descansa en el hecho de que ese bien que "contribuye a elevar la salud del pueblo" es el producto del trabajo humano y, por ello, encarna un valor social apropiable en forma privada.

El productor sabe perfectamente que para producir valor de cambio (o valor social) es indispensable producir algún valor de uso ya que aquél sólo puede existir en el mundo real adoptando la forma física de éste. Para el empresario farmacéutico la producción física es un medio a través del cual se obtiene el beneficio. Ello explica que, en su afán de economizar recursos (es decir, de hacer más rentable el capital), en algunos casos llegue a producir medicamentos de inferior calidad, ya sea porque su elemento activo no se encuentra en la debida proporción, o porque la base del medicamento no reúne las condiciones sanitarias adecuadas. De ahí se deriva la imperiosa necesidad del establecimiento de un sistema de control de calidad que mantenga una constante vigilancia, para asegurar al médico y al paciente que el producto ha sido elaborado observando todos los controles químicos y sanitarios que la naturaleza misma del producto exige. Desafortunadamente, en nuestro país no existe un control sistemático de calidad que obligue a toda la industria química a cumplir con los requisitos de la farmacopea moderna. Desde ese punto de vista, nuestro pueblo se encuentra huérfano dependiendo, en un asunto tan delicado como la salud, de la buena fe y de la integridad de quienes conciben la producción de medicinas como un medio de acumular riquezas.

Todo lo anterior es aplicable en igual medida a los importadores de medicamentos, algunos de los cuales, en su afán de lucro, han llegado a distribuir en el país medicamentos cuya efectividad ha expirado y/o a introducir medicinas al país que han sido descontinuadas por la farmacopea americana y europea por comprobar que resultan nocivas a la salud, o porque sencillamente resultan ineficaces.

Según los especialistas consultados, la mayoría de los medicamentos de consumo nacional puede ser producido en el país. Otros medicamentos, como los antibióticos y opoterápicos, cuya producción interna quizás todavía no sea económicamente factible debido a que requieren de plantas con equipos muy costosos en relación con el tamaño del mercado, podrían ser envasados con amplias garantías en cuanto a su esterilización. Según el doctor Puig, "en casi todos los países de América, excepción República Dominicana, los laboratorios de productos farmacéuticos deben tener instaladas sus propias plantas de producción o ser elaborados por terceros en esos mismos países".⁶

Varios funcionarios oficiales del área de la salud han reconocido públicamente, en diversas oportunidades, la posibilidad de que en el país se produzca la mayoría de los medicamentos que actualmente se importan. Los más optimistas piensan que más que obstáculos técnicos y/o económicos, el verdadero problema radica en los poderosos intereses creados alrededor de la importación de fármacos. De todas formas, nos parece que esta posibilidad sería mucho mayor si la producción se concibiese a nivel del nombre genérico o químico, y no a nivel del nombre comercial que la competencia entre laboratorios privados ha generado.

Para enfrentar en firme el problema de la salud en nuestros países es necesario implementar planes progresivos orientados a la prevención de las enfermedades. Dentro de ese contexto, la producción de medicina preventiva sería cada vez más importante y dinámica. Pero como se ha señalado en muchas ocasiones, la medicina preventiva no es bien vista en los sistemas sociales apoyados en la iniciativa privada, debido a que los mejores negocios se realizan con los medicamentos curativos. La medicina preventiva no constituye un atractivo para los laboratorios comerciales, puesto que las enfermedades más comunes aparecen con menos frecuencia.

Aunque no conocemos estudios concluyentes en este sentido, las necesidades de medicamentos tienden a evolucionar menos dinámicamente cuando se registra un proceso sostenido de redistribución del ingreso nacional y, como consecuencia, se eleva el nivel nutricional de la población. Ello podría ser cierto si tenemos en cuenta que "en el nuestro, como en la mayoría de

⁶ Trabajo citado, pág. 4.

los países en desarrollo, una de las principales determinantes del desequilibrio de nuestra ecología humana lo es la malnutrición. Esto constituye, sin lugar a discusión, uno de los más alarmantes problemas de salud pública".⁷ En efecto, la Encuesta Nacional de Nutrición de 1969 reveló que el 75% de la población infantil preescolar padece de desnutrición. Según el doctor Víctor Suero, uno de los más capaces nutriólogos del país, este alto índice "representa una carga en extremo onerosa en las acciones de recuperación de la salud, pues estos niños, cuando menos los desnutridos en tercer grado (40 000 o 50 000) existente en el país, requieren atención médica inmediata y de muy buena calidad".⁸

La industria farmacéutica opera a nivel monopolístico a escala mundial. Un pequeño número de poderosas empresas transnacionales norteamericanas, alemanas, inglesas, suizas y francesas producen más del 80% de los medicamentos que consumen nuestros países. Estas empresas transnacionales, las cuales dedican recursos millonarios a la investigación, publicidad, promoción directa y comercialización de sus productos, dominan todos los mercados nacionales e incluso controlan, mediante la protección de patentes, las principales industrias de los países subdesarrollados.

Según las informaciones que revela el interesante trabajo del doctor Puig, "en República Dominicana actualmente hay 1 546 laboratorios representados por 144 diferentes firmas de los cuales se hacen importaciones de sus productos de los diferentes países de origen".⁹

Por su parte, la doctora Celia Cruz de Colón señala que entre 1962 y 1971 se registraron en el país 6 803 especialidades farmacéuticas. De esa cantidad apenas 294, es decir, sólo el 4.3% eran producidas en el país, teniendo procedencia extranjera, vía importaciones, 6 509 especialidades que representan el 97.5% del total.¹⁰

La importación de medicamentos es prácticamente libre, aun para aquellos que se producen en el país y para los cuales los laboratorios existentes poseen suficiente capacidad instalada ociosa. Sólo en algunos casos, minoritarios todavía, existen algunas limitaciones indirectas como es la necesidad de utilizar divisas del mercado paralelo.¹¹

⁷ Ver exposición del doctor Víctor Suero con el título *Situación nutricional y salud pública en la República Dominicana*, pág. 1.

⁸ Doctor Víctor Suero, trabajo citado, pág. 2.

⁹ Doctor Puig, pág. 5.

¹⁰ Doctora Celia Cruz de Colón, trabajo citado.

¹¹ En el país opera un doble mercado de divisas: uno oficial que mantiene la paridad del peso dominicano con el dólar de Estados Unidos y un llamado "mercado negro" (virtualmente legalizado) en donde el peso dominicano está devaluado entre un 20 y un 23% con respecto al dólar.

El comportamiento de las importaciones farmacológicas indica que, por ese concepto, el país está gastando en el exterior cuantiosos recursos en divisas. Las perspectivas futuras parece que observarán la misma tendencia, salvo que las autoridades gubernamentales competentes decidan introducir modificaciones significativas a la política actual, lo cual dudamos por razones de carácter económico y político.

La producción interna de medicamentos en el marco de la política industrial vigente en el país no resuelve el problema de las importaciones sino parcialmente, puesto que la gran mayoría de las materias primas que se emplean actualmente en dicha rama industrial son importadas, a excepción del azúcar y el alcohol y otros elementos menos significativos. Ello indica que, a mediano plazo, sería necesario impulsar y estimular la producción interna de materias primas insumidas por la industria farmacéutica. De lo contrario, este proceso de "sustitución de importaciones" resultaría tan frustratorio como, en sentido general, lo ha sido para toda América Latina. En este sector, con el agravante de que el valor agregado es relativamente pequeño debido al elevado nivel tecnológico con que opera este tipo de industria y a la limitada absorción de fuerza de trabajo.

LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA

De la misma manera que la producción de medicamentos tiene sus peculiaridades, la tiene también su distribución y consumo. Excepto en los casos de medicamentos llamados populares, los cuales representan una ínfima parte, no se trata de una mercancía que se puede comprar y consumir libremente. Por lo tanto, el proceso de producción, distribución, venta y consumo podemos esquematizarlo de la siguiente manera:

ENTRA GRABADO.....

Por las características antes señaladas toda la presión del productor (o de su representante en ultramar: el importador) se concentra en el médico. Justamente para llenar esta función surge el visitador a médicos. Como en gran medida el consumo de medicamentos depende de las prescripciones

del galeno, normalmente las compañías distribuidoras y los propios laboratorios diseñan un conjunto de atractivos para tratar de condicionar en términos comerciales lo que debiera ser en todo momento una conducta hipocrática. El médico "sufre una serie de presiones donde se le trata de gratificar con donaciones en por ciento de las ventas, donaciones en equipos, regalos personales, etc."¹²

En algunas ocasiones la falta de ética y de moral pueden llevar al galeno a faltar al juramento hipocrático. Pero en la mayoría de los casos éstos son sorprendidos en su buena fe por carecer de un conocimiento debidamente actualizado sobre los avances más recientes de la farmacología. "La falta de criterios farmacológicos sólidos da lugar a profesionales altamente receptivos al impacto de la información comercial sobre medicamentos, influencia a la que están sometidos durante toda su práctica clínica y que termina condicionando sus hábitos de prescripción de tal manera que resulta en extremo frecuente la prescripción de medicamentos que el médico sólo conoce por el nombre comercial."¹³

En estas condiciones, la labor profesional queda totalmente mediatizada pues llega un momento en que el galeno pierde de vista otros importantes factores, tales como: su acción e interacción, el costo de los fármacos, los efectos secundarios que producen, la condición social del paciente y su grado de tolerancia de ciertas sustancias, etc. La norma de los laboratorios y de sus visitantes es aplicar una regla elemental de venta que consiste en resaltar las bondades omitiendo o subestimando los efectos secundarios, los cuales en algunos casos resultan nocivos. Ello explica que se hayan observado "con alta frecuencia enfermedades gástricas causadas por medicamentos cuya prescripción no estuvo precedida por la comprensión de los mecanismos que gobiernan el proceso de absorción de los fármacos, su biotransformación y su eliminación".¹⁴

Otro aspecto que no puede soslayarse al relacionar la prescripción de medicamentos con la práctica médica, es la creciente vinculación de influyentes sectores médicos con los laboratorios y/o con los importadores de productos farmacéuticos. Tampoco, la tendencia a generalizar la instalación de farmacias en las clínicas del país. Ello así porque tanto lo uno como lo otro, aunque no son de por sí actividades inmorales, siempre se corre el riesgo

¹² Doctora Ligia Leroux, *Los medicamentos en República Dominicana*, ponencia presentada en la Asociación Médica Dominicana y en el Segundo Intercambio Científico-Farmacéutico Dominico-Puertorriqueño.

¹³ Doctora Ligia Leroux, trabajo citado.

¹⁴ Doctora Ligia Leroux, trabajo citado.

de caer en ellas, sobre todo en un país donde se exhibe un proceso de creciente corrupción institucionalizada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. A pesar de lo incipiente de su desarrollo, la industria farmacéutica del país tiene un futuro promisorio debido a la creciente ampliación del mercado interno y a los problemas de balanza de pagos que genera la progresiva importación de fármacos.

El Gobierno dominicano debería estudiar los medios de incentivar en especial la producción interna de materias primas que insume la industria farmacéutica, pues de lo contrario su impacto en la balanza de pagos será muy limitado.

2. Tanto la producción como la importación de medicamentos están escasamente controladas en el país, lo cual permite que se expendan fármacos sin ninguna efectividad o pasados de tiempo. Procede, en consecuencia, institucionalizar los controles de calidad y de normas químicas de producción, así como sus precios, a fin de contribuir a proteger la salud pública.
3. La prescripción médica con nombres comerciales constituye una práctica que propicia el dominio de las empresas transnacionales, que contribuye al encarecimiento de los medicamentos y que dificulta su producción interna.

La Secretaría de Salud Pública y la Asociación Médica Dominicana deberían estudiar este problema y disponer que las recetas médicas sean formuladas con nombres genéricos o químicos, en beneficio de los pacientes de escasos ingresos.

4. La falta de actualización sobre la farmacopea moderna dificulta la asimilación crítica de la propaganda de los laboratorios. Las Universidades de América Latina deberían estudiar la forma de enriquecer los contenidos de farmacología en sus asignaturas. Igualmente, la Secretaría de Salud Pública conjuntamente con la Asociación Médica Dominicana debería desarrollar un programa de información permanente sobre los avances científicos de la farmacología mundial.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Organización Mundial de la Salud, "Especificaciones para la Inspección de la Calidad de las Preparaciones Farmacéuticas", segunda edición de la *Farmacopea Internacional*, 1970.

Puig, José A., *Análisis de desarrollo de la industria farmacéutica en República Dominicana* (mimeo.), 1977.

Cruz de Colón, Celia, *Control de especialidades farmacéuticas* (mimeo.).

Piña, Casimiro, *Procesamiento de alimentos en el país* (mimeo.).

Leroux, Ligia, *Los medicamentos en República Dominicana* (mimeo.).

Suero, Víctor, *Situación nutricional y salud pública en la República Dominicana* (mimeo.), 1975.

Gacetas Oficiales números 8181 y 8020.

Universidad Autónoma de Santo Domingo, *Pueblo-Universidad: un modelo pedagógico de enseñanza en la formación médica* (mimeo.), 1976.

MESA REDONDA

LOS MEDICAMENTOS Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Ponencia oficial

por RAMÓN TRONCOSO MUÑOZ *

Si pretendemos correlacionar los medicamentos y la práctica médica, debemos primero intentar definir ambos partiendo de criterios fundamentales, describiendo como éstos se presentan socialmente y como se relacionan entre sí.

Caracterización de la práctica médica

En la división social del trabajo le corresponde a los médicos el prevenir y curar las enfermedades, lo cual se estructura en una práctica médica no ajena al contexto social en que se desenvuelve. Los médicos, legal y socialmente, son los encargados de decidir quien se encuentra enfermo y quien se encuentra sano, pero el impacto de su acción, trasciende más allá de la relación que se establece entre el médico y el paciente para producir modificaciones sociales profundas algunas de carácter negativo no deseadas y ni siquiera conscientes. Trataremos en forma crítica de describir estos aspectos. Comenzaremos por describir la práctica médica predominante en nuestros países latinoamericanos privándola de los elementos subjetivos, como intenciones y propósitos, para reducirla exclusivamente a su papel objetivo, en sus formas fundamentales, sin dejar de reconocer que existen otras formas de práctica médica alternativa más humanista, verdaderos gérmenes de una

* Académico chileno en el exilio, profesor titular de Medicina Preventiva, Salud Pública y Medicina Social.

nueva medicina en América Latina y generalmente vinculadas a trabajos de campo de las facultades de medicina.

La medicina oficial en nuestros países puede ser definida como la utilización del gran desarrollo de las fuerzas productivas en el campo de la salud mundial, cuya aplicación es restringida por medio de una organización del trabajo determinada por las características de la producción económica de nuestros países y destinadas a satisfacer necesidades biológicas de la población que son expresadas o valoradas socialmente, en un concepto social de enfermedad en el cual los individuos y grupos serán considerados enfermos cuando sus características funcionales y estructurales no les permitan incorporarse directa o indirectamente al modo de producción social. Este concepto no sólo se expresará en la política de salud destinada a proteger fundamentalmente al sector más valorado por el sistema, a la población económicamente activa, sino también en el carácter curativo de nuestra práctica médica y el fracaso de las medidas preventivas que, siendo de bajo costo, que requieren de poca o sencilla tecnología y son de alto rendimiento, son subvaloradas por los profesionales de la salud y de la población en general, pues ambos comparten la concepción prevalente de salud y enfermedad.

Pero la valoración de la práctica médica no sólo se extiende a la población en general, sino que por las causas ya señaladas, es en la política oficial y en la actividad económica, donde encontraremos las manifestaciones más puras de esta concepción. Por el proceso de industrialización progresiva que se desarrolla en América Latina, después de la Segunda Guerra Mundial, trataremos de describir el impacto social de la práctica médica en la población trabajadora.

Veamos primero el porqué de la necesidad del sistema de la práctica médica en la población trabajadora. La necesidad de mantener a esta población en buenas condiciones se deriva del hecho que dicha condición de trabajadores sanos permite aumentar la productividad mediante la intensificación de la jornada de trabajo y la obtención de una ganancia extraordinaria en relación a otras empresas que emplean población enferma.

Cuando una industria, por ejemplo, emplea población enferma aumenta el número de operarios contratados para compensar las ausencias por enfermedad y además los obreros tanto sanos como enfermos que continúan trabajando deben, en la práctica, prolongar sus jornadas de trabajo pues el mismo trabajo podría ser realizado en menos tiempo por operarios sanos.

Podemos concluir entonces que las empresas donde la práctica médica mantiene trabajadores sanos, aumenta las ganancias empresariales por: el

aumento de la productividad dada por la intensificación del trabajo y la prolongación real de la jornada de trabajo y por la obtención de una ganancia extraordinaria al bajar los costos totales en salario en relación a otras empresas de la misma rama de la producción y finalmente intensificar el drama de la desocupación al emplear menos horas/hombre con trabajadores sanos desplazando no sólo a la población enferma sino también a la población sana que compite por un trabajo.

De esta situación deriva también la característica del costo de la atención médica y de los medicamentos. El pago de la atención médica, ya sea en forma directa por la población o mediante el pago cautivo de la seguridad social y de la atención médica estatal, se realiza mediante la transferencia de valor desde la producción económica a los dadores de servicio, tanto estatales como privados y a los fabricantes y distribuidores de medicamentos. Esto se traduce en una disminución real del salario y el ingreso con que el trabajador repone su fuerza de trabajo, mantiene su familia e intenta elevar su nivel de vida. Por otra parte, estratifica la atención médica según la capacidad de pago directo o indirecto a través del Estado. Recordemos que el 40% de la población latinoamericana de ingresos más bajos apenas participa del 10 al 15% del total de ingresos.

El destino de esta transferencia de valor es nuevamente los sectores empresariales indirectamente a través del consumo del personal de servicios dadores de salud o indirectamente en las grandes empresas privadas de seguros y de atención clínica o de las ganancias exorbitantes de los productores y distribuidores de medicamentos (incluidos los alimentos en América Latina por su gran población dañada por la desnutrición).

Al caracterizar la práctica médica nos damos cuenta de que ésta se desenvuelve entre dos modelos. Uno, el prevalente, que compatibiliza los intereses del sector empresarial con la manutención de población sana, el consumo de medicamentos y con estratificaciones, dadas por la forma en que sectores de población se insertan en el modo de producción.

Un segundo modelo, aún en germen, que compatibiliza la práctica médica y el consumo de medicamentos en los intereses de los trabajadores y de la población en general.

Estas consideraciones son fundamentales cuando se debate la ampliación de la cobertura de los servicios de la medicina del trabajo y de la medicina comunitaria lo que puede reproducir en forma ampliada las características del modelo prevalente.

Caracterización del consumo de medicamentos:

El origen de los medicamentos se inicia con la búsqueda de sustancias que en su forma natural son capaces de aliviar determinadas manifestaciones consideradas como enfermedad, iniciándose así un largo camino que se expresa, en el momento actual, en la producción, distribución y consumo masivo de productos con determinadas características dadas por su mecanismo acción farmacológico, su eficiencia y riesgo controlado. Dadas las condiciones de nuestros países subdesarrollados y dependientes, la producción está controlada fundamentalmente por compañías transnacionales y, su distribución adquiere características monopólicas que han sido suficientemente estudiadas, entre otras, por los impresionantes trabajos de Pedro Crevena y Ma. Eugenia Orozco "Las Transnacionales de la Salud" (1) y de Jesús Kumate, Luis Cañedo y Oscar Pedrota en el libro "La Salud de los Mexicanos" (2).

Caractericemos ahora el consumo de medicamentos en función de la práctica médica y otros servicios de salud, para tal efecto, las dividiremos en prácticas oficiales, prácticas paralelas y prácticas clandestinas de actividades relacionadas con la salud.

1. *Las prácticas oficiales:* son aquellas que aceptadas socialmente se rigen por leyes o decretos oficiales y que, en América Latina, la reglamentan, pero no la conducen a objetivos sociales únicos, sino que éstos se dan por supuesto, no existiendo realmente ya demás ocultos bajo una obscura maraña de tradiciones, intenciones, consideraciones éticas y sociales que analizadas objetivamente entran en contradicciones con las finalidades humanistas que expresan algunas universidades y muchos profesionales honestos de nuestra América Latina.

Estas prácticas oficiales se organizan en nuestras sociedades en:

- 1.1. *Las instituciones públicas de salud pública, seguridad social y atención médica,* son del estado y financiadas mediante transferencia de valor de la producción económica y donde, el consumo de medicamentos puede estar sujeto a normas técnicas o administrativas y donde estas normas pueden ser acatadas totalmente, fenómeno bastante escaso en nuestra realidad, pueden ser acatadas parcialmente o pueden no ser acatadas, lo que constituye la práctica prevalente. La población que consume

medicamentos a través de estas instituciones constituye un mercado forzado y cautivo que en algunos países de América Latina pueden alcanzar hasta el 70% del consumo total de medicamentos.

- 1.2. *Las instituciones privadas de:* seguros, grandes clínicas, hospitales y laboratorios privados donde el consumo de medicamentos no puede escapar a las finalidades últimas para las cuales fueron creadas, esto es, el afán de lucro. Atienden a sectores de altos y medianos recursos.
- 1.3. *Las prácticas artesanales y semi institucionales* que se efectúan en forma privada, con muy poco o nulo apoyo técnico (muchas veces sólo con un estetoscopio y un esfigmomanómetro). Cuantitativamente y cualitativamente se encuentran en retroceso y, desde el punto de vista del acceso y del consumo de medicamentos, se van limitando progresivamente a sectores que se encuentran al margen o rechazan su atención en las instituciones públicas y son generalmente sectores empobrecidos de la sociedad.

2. *Las prácticas paralelas:* son formas no oficiales que se originan y mantienen, incluso progresan, por razones económicas, sociales y culturales de nuestros pueblos, se fundamentan en determinados hábitos y consenso social nacido del empirismo y de concepciones mágico religiosas y de las imposibilidades de acceso a la atención médica oficial. Cuando se acompañan de consumo de medicamentos son alentadas por la propaganda comercial y las ventas indiscriminadas de medicamentos. Son usadas en diferente grado por todas las capas sociales (por lo que son toleradas socialmente), pero especialmente son utilizadas por los sectores populares y mayoritarios de la población.

Entre éstas encontramos: las que no se acompañan de consumo de medicamentos, como yerberos, hueseros y chamanes y otros que progresivamente tienden a incluir en sus prácticas productos comerciales.

Los que se acompañan de consumo de medicamentos como los empíricos, especialmente los urbanos y los adiestrados por las instituciones de salud, las farmacias y boticas y la automedicación. Tienen un peso significativo en el consumo de medicamentos, en los países más industrializados de América Latina entre el 10 y el 20% y en los países más agrarios entre el 20 y el 40% del consumo total.

Más adelante analizaremos las causas de este consumo.

3. Finalmente encontramos las prácticas clandestinas que se acompañan de consumo de medicamentos, pueden ser aceptadas socialmente en forma pública o privada, toleradas o reprimidas pero ninguna escapa al juicio ético de nuestro tiempo.

En éstas encontramos el aborto ilegal cuya cuantía, según la Escuela de Salud Pública de Chile, llega a 3 abortos por cada embarazo de término y donde su práctica clandestina y las complicaciones que originan pueden ser superadas mediante su legalización, facilitando el acceso a la atención médica y el libre uso de medios anticonceptivos preventivos, sin olvidar que a nivel masivo, el mejor método demostrado para el descenso de la natalidad es el consumo de proteínas y no el uso forzado de contraceptivos. Señalo que son forzados independientemente de los medios que se utilicen para obligar o "convencer" a la población para su uso masivo.

Otra práctica clandestina, francamente repudiable, es el uso militar, dado no sólo en la formación de vastos arsenales farmacológicos, fabricados en los mismos laboratorios transnacionales que nos proveen del 60% de los medicamentos que se consumen en América Latina y que se expresan en el peligro de su uso potencial, sino también por el uso comprobado de productos farmacológicos en forma experimental, incluso sin conocimiento y consentimiento de la población afectada con la finalidad de reunir información con objetivos bélicos.

Dentro de este tipo de práctica debemos incluir, por su dramatismo, consideraciones éticas y trascendencia que alcanza en el último tiempo en América Latina, especialmente Chile, Argentina y Uruguay, es la práctica médica y uso de medicamentos en la tortura a presos políticos. A manera de ejemplo citaré del IX Congreso Latinoamericano de Siquiatría, que una de las torturas en Chile, tiene como objetivo "modificaciones de la conducta, de la bioquímica cerebral y de la sensibilidad a sustancias farmacológicas en el aislamiento físico y privación sensorial total (de los detenidos)" además de "uso de drogas de acción hipnótica, angustiantes y sicodislépticos y drogas que provocan dependencia".

En un testimonio de una enfermera universitaria se señala la participación de la tortura del doctor Bautista Van Schowen de los siguientes médicos chilenos: doctor Alberto Spoerer, Coronel de Sanidad Aérea y Ministro de Salud de Chile, doctor Darwin Arriagada, director general del Servicio Nacional de Salud, doctor Hugo Silvestrini,

presidente del Colegio Médico, doctor Patricio Silva, director del Hospital Militar, los neurólogos Lira y del Fierro y el doctor Humberto Castro, sectores que no son ajenos a la muerte del doctor Salvador Allende, presidente de la República, del doctor Enrique Paris, consejero de la Universidad de Chile, del doctor Miguel Enríquez, dirigente popular y de otros 36 médicos, jefes zonales, jefes de área, jefes de servicios y funcionarios de los servicios médicos chilenos. De la detención y posterior desaparecimiento de los médicos doctor Bautista Van Schowen, doctor Carlos Lorca, doctor Arturo Hillers entre otros. De la detención de aproximadamente 350 médicos, del exilio forzado de 1 200 médicos (30% del total de médicos del país) sin considerar la represión a otros profesionales y trabajadores de la salud. La participación de médicos y otros profesionales en la tortura y el uso de droga no puede escapar a su análisis y condena al caracterizar la práctica médica actual.

Finalmente como práctica clandestina, tenemos la *experimentación de productos farmacéuticos sin un control científico adecuado, con la finalidad de introducirlos al mercado*. Baste recordar la tragedia de la Talidomide y la solicitud frecuente a nuestros médicos en América Latina de probar medicamentos cuyos protocolos de investigación y posteriormente las conclusiones, son hechas en el extranjero sin participación del experimentador.

Otras relaciones entre práctica médica y consumo de medicamentos

Señalábamos anteriormente que el consumo de medicamentos se relaciona fundamentalmente con la práctica médica pero existe un consumo importante de productos farmacéuticos que no se relacionan directamente con la práctica médica pero que no le es ajeno, por lo que lo analizaremos en su globalidad.

Las prácticas médicas ya analizadas y el consumo de medicamentos que hemos descrito confluyen en una situación de medicación que comprende la indicación de medicación y la acción del consumo. Ambas ejecutadas por la voluntad de los individuos, aunque en los condicionantes sociales que conllevan a estas situaciones, generalmente no son ni conscientes ni voluntarias. Para el ejercicio de esta voluntad debe existir un consenso, una aceptación "racional" de la prescripción y del consumo. Presente en el acto médico y en la situación de automedicación. Al consenso no sólo

concurrer los fundamentos científicos sino también hábitos médicos y de la población, la propaganda comercial y la transmisión oral.

El consenso por fundamento científico: originado en las universidades, en varios niveles que intentaremos describir:

El consenso por fundamento científico: originado en las universidades, mantenido por las publicaciones científicas y el contacto permanente de los médicos egresados con los grandes centros médicos y centros universitarios.

Desgraciadamente esta situación se presenta en porcentaje bajo en relación al total de médicos de nuestros países.

El consenso por fundamento empírico: Derivados de la práctica, perpetuando el uso de determinados medicamentos, a veces obsoletos, con tendencia al tratamiento de síntomas y reforzadas por la publicidad y coacción de las industrias farmacéuticas. Se traduce en olvido progresivo del mecanismo de acción farmacológico y del riesgo controlado, situación que hace crisis por ejemplo en el uso incorrecto de los antibióticos. A este fenómeno se asocia la idea que todo acto médico debe acompañarse de prescripción de medicamentos. Otros consensos son importantes en la automedicación y probablemente poco frecuentes en la práctica médica.

El consenso por falso criterio de eficiencia: A partir del efecto producido en un paciente, con prescripción médica, por indicación en la farmacia, empíricos, vecinos, familiares, etc., se comienza a generalizar su uso.

Agravan esta situación los siguientes hechos:

- a) La propaganda indiscriminada de productos farmacéuticos;
- b) Las ventas sin control;
- c) El rechazo a la atención médica;
- d) La existencia flotante de una gran cantidad de medicamentos en casas particulares, remanentes de otros tratamientos;
- e) La escasa penetración del pensamiento científico reservado a los sectores minoritarios de la población en competencia con el conocimiento común que se transmite de persona a persona con gran capacidad de penetración y fijación.

El consenso por prestigio social: Es frecuente encontrar el criterio de asociar una buena atención médica acompañada de un cobro alto y de medicamentos caros y que por ser caros son buenos. Este consenso se traduce en las clases bajas en el rechazo a la atención institucional, para buscar una atención privada generalmente artesanal. En sectores campesinos es

también frecuente el consenso de prestigio en la atención médica y el uso de medicamentos.

El consenso por defensa de agresión: Se deriva de una experiencia negativa como por ejemplo muerte de un familiar, mal trato del médico o del personal de salud, burocracia, etc., se traduce en una serie de ideas de rechazo a los médicos y uso de la automedicación y de las medicinas paralelas. La situación se idealiza o racionaliza sin ser enfrentada en forma lógica. Igual sucede en situaciones donde la agresión no es tan evidente como en el caso de las dificultades objetivas y subjetivas, de acceso a la atención médica o su uso porque "es mejor que nada" o "es más barata" o de indicaciones médicas incomprensibles, poco claras o imposibles de cumplir por el paciente.

Señalaremos, como conclusión, la existencia de un consumismo medicamentoso muchas veces fomentado por una práctica médica incorrecta y la propaganda comercial. La existencia de una automedicación aceptada e incontrolable y la existencia de un débil refuerzo social científico en la práctica médica y en el uso de medicamentos.

Por la gran complejidad del problema, su solución no puede ser enfrentada aisladamente sino que deberá ser incluidas al interior de las fuerzas sociales capaces de un cambio integral de nuestras sociedades latinoamericanas.

- (1) Inédito, publicado parcialmente por el periódico "El Día". 1977. México, D. F.
- (2) Editorial "El Colegio Nacional", 1977. México, D. F.
- (3) Informe de la Comisión ad-hoc. Comité de Derechos Humanos O.N.U. 1977.

X CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

CONCLUSIONES DE LA MESA REDONDA SOBRE MEDICAMENTOS

I. CON RESPECTO A LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Considerando que la enseñanza del medicamento en las Escuelas y Departamentos de Medicina presentan serias deficiencias que crean hábitos y patrones de conductas que van en detrimento de la salud de nuestros pueblos, la X Conferencia recomienda:

1. La necesidad de mejorar cuantitativa y cualitativamente la enseñanza de los diversos aspectos relacionados con el medicamento, siendo deseable que se realicen en unidades de enseñanzas integrados (interdisciplinarios).
2. Mejorar los conocimientos sobre farmacología básica de los profesores de las áreas clínicas.
3. Proporcionar al estudiante experiencias pedagógicas que posibiliten un mayor conocimiento crítico de los conceptos de salud, enfermedad y de sus implicaciones para la terapia.
4. Iniciar acciones que lleven a romper los vínculos existentes hoy en día entre la enseñanza y la industria médica, especialmente la Farmacéutica.
5. Organizar centros de información y registro de efectos adversos del medicamento como una forma de integrar las actividades de los diferentes profesionales del Equipo de Salud, de la docencia, la investigación y los servicios.
6. Tomar en cuenta las necesidades de salud del pueblo para una adecuada enseñanza de los medicamentos.

II. RESPECTO A LOS ORGANISMOS DEL ESTADO

Considerando que el problema fundamental del medicamento reside en el sistema productivo que se caracteriza por una tendencia oligopólico y por la dependencia externa, es recomendable que los países de América Latina desarrollen en la medida de sus necesidades:

1. Laboratorios Estatales (oficiales) que produzcan los medicamentos básicos necesarios para atender las necesidades de salud de la población.
2. Tecnología propia por transferencia o desarrollo nacional.
3. Procedimientos de adquisición de materias primas en el mercado internacional de acuerdo con las condiciones más favorables para los países.
4. Es necesario que se desarrollen en nuestros países una industria química nacional estatal que produzca las materias primas básicas acorde a nuestras necesidades.
5. Abaratamiento de los precios de los medicamentos y creación de mecanismos efectivos de control de calidad.

III. RESPECTO A ORGANISMOS INTERNACIONALES

Considerando que los pueblos latinoamericanos han sido y son objeto de experimentación, explotación y manipulación por las compañías transnacionales farmacéuticas, se recomienda:

1. Denunciar, condenar las instituciones y personas que participan en este tipo de experimentación y explotación en base a principios éticos que incluya no sólo la relación médico-paciente sino también el campo de la salud en su totalidad.

En este sentido, la X Conferencia recomienda a los profesionales de la salud que no participen como accionistas ni como promotor de las industrias farmacéuticas privadas.

2. Que se diseñen mecanismos de información entre los países latinoamericanos, utilizando principalmente las Facultades y Escuelas de Medicina, solicitando el apoyo activo de la O.P.S. y estimular a los gobiernos del área que creen legislaciones para elaborar e implementar códigos de ética.

El objetivo fundamental de este mecanismo informativo transnacional es el de hacer disponible a los ciudadanos a través de los medios de

comunicación colectiva, así como ofrecerle a los profesionales de la salud toda la información científica disponible con miras a preservar a nuestros pueblos de las acciones nefastas de estas transnacionales farmacéuticas.

IV. EN RELACIÓN A LA UDUAL

Considerando el interés expresado por las delegaciones participantes en esta X Conferencia sobre el tema de los medicamentos y la importancia que el mismo tiene, se recomienda:

1. Hacer una publicación especial que contemple las ponencias y recomendaciones para hacer así una amplia difusión de las mismas.
2. Responsabilizar a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, sede de esta X Conferencia, de su publicación y que la misma sea distribuida a través de la UDUAL.

DR. JUAN CÉSAR GARCÍA
Coordinador de la Mesa Redonda.

SOC. JUAN DAGOBERTO
TEJEDA ORTIZ
Relator de la Mesa Redonda.

Santo Domingo, República Dominicana, 25 de noviembre de 1977.

CUARTA SESIÓN PLENARIA

A las 10:00 horas se inició la Cuarta Sesión Plenaria. Estuvo presidida por los doctores García Ramírez, Villalobos, Zaglul y Del Pozo. El decano García Ramírez dio lectura a la orden del día y una vez aprobada se pasó a tratar su contenido. La Sesión se dividió en dos períodos y culminó con una reunión del Consejo Universitario para imponer las insignias de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la UASD al doctor Efrén C. del Pozo.

Primeramente el presidente dio lectura a un mensaje del doctor Ángel Fernández Vila, que fuera presidente de la IX Conferencia y decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana. Enseguida se debatió sobre algunos asuntos que interesaron a la delegación cubana y se pasó a la lectura del Relato General por el doctor Zaglul. Después del descanso la asamblea debatió sobre tópicos políticos del Continente, en particular por las represiones de que son víctimas los pueblos y las universidades.

A su tiempo el plenario planteó la necesidad de designar la sede de la XI Conferencia. Se registraron las candidaturas de México y Colombia, resultando electa por unanimidad como sede principal la Universidad Autónoma de Puebla, México.

A continuación se pronunciaron varios discursos de despedida y se impuso al doctor Del Pozo el título de Profesor Honorario.

RELATO GENERAL DE LA X CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA

Relator General: doctor ANTONIO ZAGLUL

Señor presidente,
Señor secretario,
Señor secretario de la UDUAL,
Señores delegados:

En mi condición de lector general, paso a leer los resúmenes de ponencias, comentarios y discusiones, y conclusiones, de tres mesas de trabajo.

La primera ponencia se refiere a la práctica médica en América Latina, Tendencias, alternativas y problemas de investigación, presentada por el doctor Hesio Cordeiro, del Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. En esta ponencia se analizan en términos generales, las políticas de salud en América Latina expresadas en dos reuniones de ministros de salud del área, en 1968-1972, y en dos reuniones de escuelas de medicina, así como de salud pública. Fueron identificadas como tendencias la extensión de cobertura, la participación comunitaria y la regimialización de los servicios de salud. La comprensión de estas tendencias se da a partir del estudio del papel que juegan las políticas sociales en los sistemas capitalistas. La idea es la siguiente: las políticas sociales representan formas de expresión de un estado que se impone ideológicamente sobre las clases sociales, y a veces suponen a la sociedad como un todo sin intereses conflictivos; las políticas sociales sugieren formas de intervención del estado que buscan igualar en el nivel superestructural, las desigualdades, que se dan a partir de relaciones sociales de producción. Son también la respuesta, un tanto injusta, a los grupos sociales que no detentan el poder.

Así, la abstención de cobertura atiende intereses que están fuera de la

medicina, fuera en intercomillado. La necesidad de interpretación de consumo médico que realice la plusvalía de las industrias productoras de medicamentos, equipo médico, etcétera. La participación comunitaria muchas veces sustituye como propuesta ideológica las formas más eficaces de presión política de los grupos sociales subordinados; la regionalización de los servicios de salud representa un movimiento que sustituye la planificación de salud, en entrecomillado, a partir de la modernización de la educación, se presenta una alternativa a los fracasos de la planificación a nivel nacional o regional; en otros términos, se cuestiona el papel del estado en la reproducción del modo de producción, y como éste se traduce en coyunturas eficaces, el rol del estado en las políticas de salud, representa una intervención directa en la producción de servicios de salud, o como implementación de un proceso que da lugar al auge de la práctica médica privada.

Esta tendencia se cuestiona sobre todo, por la formación de empresas médicas que posibilitan una articulación orgánica de la medicina, como una determinada etapa del desarrollo capitalista.

Hasta aquí la ponencia.

Comentario de Rodrigo Yépez en colaboración con los estudiantes Ramiro Estrella y Patricio Espinosa.

Yépez restringe su comentario a algunos aspectos que merecen cierta reflexión que serán analizados en las discusiones de grupos de trabajo, podrían devenir en significativas contribuciones en las facultades y escuelas de medicina de América Latina. Reconoce las limitaciones del trabajo de Cordeiro y que el estudio de casos, en entrecomillado, si bien no compensa representa un esfuerzo digno de consideración. El ponente principaliza limitaciones de carácter secundario, y olvida señalar la limitación fundamental; los discursos institucionales son reflejo del pensamiento de los estados latinoamericanos y llevan un sello de clase. El estado en nuestros países, salvo excepciones, es un instrumento para consolidar los intereses de los grupos dominantes.

Yépez hace un enfoque entre la medicina y el individuo, y sobre la medicina y sociedad. En el sustrato teórico de la ponencia oficial, Yépez considera que no deben pasar desapercibidas dos cuestiones: el avance de las clases subordinadas y los esfuerzos de conciliación. En el primero de los casos el estado como órgano de dominación de clases, poco razonable, que esté impulsando proyectos que vayan a abrir brechas por donde se canalizarían los esfuerzos de liberación de grupos no privilegiados, considerando utópicos tales proyectos, poniendo dos ejemplos: el impacto de las defun-

ciones prematuras de los trabajadores y el impacto del ausentismo laboral, y los esfuerzos de conciliación discreta con el alcance y contenido de esta proposición; generalmente no se concilia, se subordinaría a los nuevos proyectos de instauración de la hegemonía de las condiciones dominantes.

Yépez expresa el criterio de que serán las propias masas oprimidas de la América Latina, las que han de elaborar, en forma autónoma, el proceso histórico de su liberación, generando sus propios intelectuales orgánicos y abriendo cauce a una medicina auténticamente popular.

Por último, Yépez se refiere a la medicina popular y a la formación de personal, reconociendo el poco éxito y los muchos fracasos conseguidos en su propio país, el Ecuador. Enfoca con pesimismo la idea de la preparación corta en Medicina que preconiza la UDUAL y termina, "hasta donde señores delegados una medicina al servicio del pueblo, y por lo tanto científica, puede darse a través de cambios en los esquemas de formación del personal de salud, o será más bien la desaparición del capitalismo, como lo postula Polak, la condición *sine qua non* para alcanzar una medicina auténticamente popular.

Segundo comentario a la primera ponencia, por Heber Villalobos Cabrera de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

El doctor Villalobos hace un análisis de las tres partes fundamentales en que Cordeiro divide su ponencia. Primera: reformas médicas en América Latina. Considera que el análisis de los documentos de los ministros de salud, es suficiente para conocer los efectos prácticos y reales. a) Población y extensión de la cobertura: el 80% de las personas de América Latina, que viven en localidades de menos de 2 000 habitantes, no reciben servicios mínimos de salud, y para Venezuela en 1972 la población rural dispersa en centros poblados de menos de 100 habitantes, y que representaba un 11%, recibe en forma deficiente los beneficios de los programas de medicina simplificada; simplemente medicina sintomática.

Villalobos dice que los planes lucen bien en el papel y que en la realidad han resultado de muy poco beneficio. Ideología de la racionalización: la racionalización moderniza una infraestructura para lograr una mayor eficiencia a un costo más bajo, con una serie de vicios en los sistemas de la atención médica en América Latina. En 1972, los programas de salud en Venezuela eran desarrollados fundamentalmente por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y por el Instituto Venezolano del Seguro Social; el 11% de la población no recibía prácticamente ninguna atención, y dábse el caso de personas que simultáneamente recibían ambos servicios. Cinco años

después todo sigue prácticamente igual, a pesar de la inversión tan alta en el sector salud.

Sociedad política, sociedad civil y reforma médica. A Villalobos el postulado de que la salud es un derecho inalienable de los ciudadanos que integran una sociedad, no pasa de ser un postulado y nada más, mientras el médico siga con sus criterios elitistas. De manera general los institutos de seguros sociales han acentuado la estratificación de clases, al dividir la sociedad en clase trabajadora que tienen derecho a la seguridad social, y clase que no la tiene; inquietud que resulta paradójica en Venezuela, y en otros países de América Latina, el que el estado contribuya con sus fondos para la creación de instituciones privadas que aumentan los costos y llegan a niveles prohibitivos para la clase media y media alta.

Compromiso histórico. Los individuos socio-capitalistas, son por naturaleza, en lo conceptual, incompatibles y en lo práctico son de muy bajo rendimiento. Ello constituye en la mayoría de veces programas con los que se pretende conciliar intereses y luchas de clase, socialización de la medicina para satisfacer los pedimentos de las clases marginadas, al mismo tiempo que el florecimiento de las empresas médicas y las compañías de seguros, para satisfacer las aspiraciones de las clases poderosas.

Por eso, mientras este estado de cosas persista en América Latina, la solución de los problemas de atención médica, y fundamentalmente el cumplimiento inalienable a la salud de todos los ciudadanos de una sociedad de parte del estado, a través de los institutos de seguros sociales y de otras instituciones afines, será sencilla y llanamente inalcanzable.

Por último, en su comentario el doctor Villalobos lamenta la no inclusión en la ponencia de Hesio Cordeiro, de la República Socialista de Cuba, puesto que el modelo cubano se aparta y difiere completamente de los países analizados, debiendo tomarse en cuenta como marco referencial en el estudio de la situación general en América Latina.

Discusión general: el primero en tomar la palabra fue el doctor Hesio Cordeiro, autor de la ponencia, para referirse a los comentarios de su trabajo, señalando que los autores de los comentarios no abren las posibilidades en su trabajo para discutir y plantear soluciones a la problemática en la atención médica en América Latina. Termina haciendo énfasis en algunos de los aspectos considerados de su ponencia.

El doctor Vasco, representante de Colombia toma la palabra para señalar que tanto en la ponencia como en los comentarios, se aprecia un vacío y es que no se ha propuesto la planificación en materia de atención médica; que es un hecho frecuente en nuestros países el aprobarse una cosa, y los

médicos hacer otra. En Colombia es evidente el incremento de camas privadas dedicadas a la atención médica.

El doctor Gutiérrez, de la República Dominicana, toma la palabra para referirse a las notas iniciales del comentario de Villalobos, donde señala que los programas de atención médica y el médico mismo, muy poco han influenciado en las condiciones de salud de las comunidades. Propone se establezca en la UASD un sistema de recuperación de fondo, a fines de hacer una inversión tendiente a mejorar la situación de salud en áreas desposeídas de Santo Domingo.

El doctor Ramón Troncoso, de Chile, toma la palabra para señalar que la hegemonía de los grupos de poderes predominantes en muchos países de América Latina. El doctor Troncoso pregunta al ponente y comentarista, si la atención médica es una fuente generadora de bienes al lograr la recuperación de la salud.

El doctor Hesio Cordeiro responde que en las sociedades de modelos capitalistas, es así. Comentando las tendencias, se ha venido notando en los últimos años en países, en algunos países de desarrollar verdaderos sistemas o corporaciones empresariales de atención médica. Los doctores Yépez y Villalobos señalan que la respuesta depende del nivel que ocupa el hombre en una sociedad y del sistema sociopolítico imperante en el país.

No pudiendo más nadie la palabra, termina la reunión.

Grupo de trabajo. Conclusiones a la primera reunión. La práctica médica actual en América Latina se inscribe en dos tipos de atención de la salud. La práctica institucional que desarrollan organismos estatales y para-estatales. Ciertos indicadores numéricos hacen pensar, que la práctica médica dominante es la que desarrollan las instituciones estatales, sin embargo, un análisis más profundo señala que la práctica médica no es despreciable privada. Esta última está creciendo, sobre todo en algunas regiones de América Latina.

1. La práctica médica privada está sufriendo un cambio cualitativo, que se aparta cada vez más de la forma artesanal, y significa que los médicos que atienden en consultorios aislados han dado paso a la atención, en instituciones con amplio poderío de capital. El mayor problema de la práctica privada que se orienta a servir a un solo y mínimo sector de la población, hacen que sus funciones son casi exclusivamente de tipo curativo, con muy pocas funciones en conservación, mucho menos en fomento de la salud. Parecería que estas acciones quedarían reservadas para los organismos estatales.

2. El sistema de atención de un país está determinado por el sistema

socialpolítico en el cual se enmarque dicho país. La pacificación de la educación médica y su influencia en la atención de la salud, es motivo de preocupación, siendo este problema tan complejo, que el grupo se permite recomendar que constituya un tema a abordar en las próximas reuniones de la UDUAL.

3. No es posible establecer un modelo único de atención a la salud en América por las diferentes condiciones existentes, en donde, además de los factores sociales, económicos y políticos, había también que considerar los factores geográficos y demográficos. Uno de los problemas actuales de la salud en algunos países latinoamericanos, es la falta de coordinación entre los organismos formadores de recursos humanos y sus empleadores, por lo que sugiere que se estrechen las relaciones entre éstos. Se hace destacar que la atención de la salud en algunos países latinoamericanos, es el mayor déficit en personal no médico.

4. Una de las características de atención médica en América Latina, la distribución no uniforme del personal médico.

5. Una de las funciones de las universidades latinoamericanas como formadoras de recursos humanos, debe ser la enseñanza crítica del sistema.

6. En diferentes países como una fórmula a resolver los problemas de la salud, las asociaciones médicas deberían estrechar sus relaciones con las instituciones dispensadoras de salud.

Ponencia número dos. La interacción entre la comunidad y la universidad en el proceso educativo. Es una ponencia de grupo de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, fue del grupo el señor rector Guarocuya Batista del Villar; el señor decano José García Ramírez; el vicedecano, Magín Domingo Puello; el director del Departamento de Medicina, Fernando Sánchez Martínez; la doctora Blanca García Vda. Peguero, Coordinadora Educativa de la Oficina de Educación; y el señor Dagoberto Tejeda Ortiz, Coordinador Ejecutivo del ODEPLAN. Fue leída por el señor Fernando Sánchez.

Esta ponencia trató el tema "La integración entre la comunidad y la universidad en el proceso educativo". Trata tres aspectos principales: Primero. Universidad y sociedad, correlación histórica. En el tratamiento de este punto los ponentes se refieren al hecho de que la universidad está condicionada por las formas en que se organiza la sociedad y se constituye en medio de formación, como medio de formación de los profesionales y los técnicos que necesita la clase dominante, y el sistema social vigente. Los ponentes señalan que no obstante esto, por la naturaleza misma de la universidad, ésta se puede constituir en un centro de cuestionamiento de la

realidad social a través de un proceso crítico y de investigación, de tal manera que se dé una relación estrecha entre universidad y sociedad.

2. Salud-medicina-universidad y sociedad. En el tratamiento de estos aspectos disponen, como dentro de una información social concreta la salud jugará un papel en correspondencia con ella y con la estructura de poder y las clases sociales, lo mismo que la medicina, de tal manera la misma se convertirá en la sociedad de capitalistas, en una medicina de clases. En estas sociedades las universidades pasarán a ser las formadoras de esos médicos, para una medicina de clases, dándose así una estrecha relación entre universidad, medicina y sociedad.

3º Interacción a universidad-comunidad, en el proceso educativo. Coyunturas estructurales y la formación médica en la América Latina. La ponencia llama la atención hacia cómo la enseñanza de la medicina se define en función de las sociedades y de la práctica médica dominante, la cual a su vez es definida por la sociedad en cuestión. En este sentido se analizan las diferentes modalidades de interacción entre universidad y sociedad y se analizan varias experiencias, se enfatizan las connotaciones académico-político-ideológico, que se encuentran en ella y se concluye proponiendo un modelo pedagógico de elevación entre la universidad y la comunidad llamado de docencia, investigación y servicios, con el objetivo de que se aplique en cada realidad de acuerdo a las circunstancias y posibilidades.

Comentario a la segunda ponencia. Comentarista Manuel Sirvent Ramos, de México: En la introducción a su comentario hace figurar los aumentos de medicina en América Latina, y por consiguiente el aumento de número de médicos. Los cambios sustanciales en el sistema de enseñanza de nuestras universidades, en el que considera desarrollo y participación de la comunidad; participación de maestros y alumnos en la organización y administración de los centros de enseñanza. Analiza el conjunto de los sectores sociales, económicos y políticos del país; enseñanza modular para que la comunidad pueda aprovechar a diversos niveles al individuo que se va formando. Hace un enfoque del medio ambiente y salud, y concluye con un desafío al futuro por nuestro crecimiento, industrialización, con la consiguiente disminución de los recursos naturales y cambios sustanciales en la patología del individuo. Interacción-entre la comunidad y la universidad. Considera a las comunidades como elementos vivos con dinámica propia y con tendencia a cambios permanentes que en ocasiones las llevan a su desarrollo, pero a veces también a su estancamiento y su destrucción. El desarrollo de la comunidad es a la vez un proceso educativo y de organi-

zación. La universidad como institución de enseñanza superior tiene una gran importancia en el proceso educativo, y tampoco puede alejarse de la comunidad a la cual pertenece.

En el proceso educativo hay dos partes fundamentales: el aparato formador de los recursos humanos y el aparato utilizador; el primero universitario y el segundo comunitario de los servicios de salud. Considera que la parte fundamental al establecer la interacción entre universidad y comunidad, es esta última que debe ser estudiada y considerada profundamente, para conocer sus cambios, intereses, necesidades y aspiraciones.

No hubo discusión a la segunda ponencia.

Conclusión de la mesa de trabajo, del grupo de trabajo número dos, presidente de grupo Sirvent, relator Edgar Rolando Muñoz, de Guatemala.

Los puntos que se consideraron fundamentales fueron los siguientes: centro hegemónico, autonomía, interacción entre la universidad y la comunidad en el proceso educativo y cuarto, el análisis que propone la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santo Domingo.

La universidad no ha existido siempre en la sociedad, sino que ésta nace en un momento dado en las sociedades concretas, y obedeciendo a condicionamientos específicos. La universidad se ha ido consolidando mediante hechos concretos, tanto nacionales como extranjeros, dentro del proceso histórico. Entonces podemos decir que la universidad surge como una exigencia estructural para la producción y difusión de la ciencia, y así estará produciendo recursos humanos que el sistema imperante necesita.

Es por eso que para nosotros los latinoamericanos la explicación que le damos a la correlación entre la universidad-sociedad es tomar en cuenta las características de formación histórica, como sociedad dependiente en un estadio desigual de desarrollo. La interacción de la universidad en la comunidad en el proceso educativo, se debe tomar como marco de referencia por los países de América Latina y esta interacción deberá hacerse en función al modelo de producción dominante propia de los países dependientes. Al aspectar el término de comunidad que proponen las Naciones Unidas, lo hacemos con fines prácticos a la discusión, sabiendo que esta definición tiene sus diferentes connotaciones que son las que se cuestionan, entendiéndose ésta como la lucha de clases.

El término de comunidad se debe de interpretar que en este momento nos referimos a un cierto y determinado sector, sino que debe entenderse a todo el conjunto de la población. En el nuevo modelo de integración entre la universidad y la comunidad, encontramos tres dimensiones que

son: docencia, servicio e investigación. Si consideramos el modelo descrito estaremos favoreciendo a la interacción entre la universidad y la comunidad; estas experiencias deberán de ser compartidas en todo sentido, y así se estarán formando estudiantes y profesores eminentemente críticos, ante los problemas que afrontamos cotidianamente.

La aplicación de este modelo no provoca el cambio social, pero sí coadyuva a la transformación social. Este modelo de docencia-servicio-investigación podrá ser trasplantado de un sistema a otro, adaptándolo al sistema social, económico y político imperante. Dentro de los nuevos modelos se resalta la sustitución de la cátedra magistral por una participación más amplia de todo tipo de trabajo docente, o sea que los procesos pedagógicos juegan un papel importante, no solo como medio de transmisión sino como transformador y educador entre profesores y estudiantes, para así tener una enseñanza aprendizaje de carácter integrado dentro del contexto global. De la vivencia de cada uno de los problemas que tratamos de analizar, surge un proceso de investigación. Las experiencias que tenemos nos demuestran que la realidad sanitaria es un problema común en los países de América Latina, en la medida que el estudiante, el profesor y la comunidad participen en este proceso se podrán desarrollar programas acordes a las distintas realidades, si se percibirán las deficiencias y necesidades existentes en la población en base a ello se desarrollará el proceso de investigación basado en el método científico.

Conclusiones:

La universidad nace ante una necesidad social, por lo que esta misma responde a los intereses de la sociedad que actualmente vivimos, o sea capitalismo y dependencia.

La universidad debe ser fundamentalmente crítica y cuestionadora de los problemas sociales y si cuestiona los problemas sociales, quiere decir que acepta su existencia y si acepta ésta, también se está aceptando la pluralidad ideológica.

La universidad coadyuvará como factor de cambio, la investigación estará dada en función de las necesidades inmediatas. Y por último las investigaciones realizadas entre los estudiantes profesores y comunidad no serán restringidas desde ningún punto de vista para así tener una objetividad real de los diferentes problemas que se investigaren, a la vez que estos trabajos se podrán poner en marcha para así aportar un mejor conocimiento a la comunidad dentro de los aspectos sociales.

Tercera Ponencia, tercera sesión plenaria, ponente Luis Rodríguez Rivera, de la Universidad de La Habana "Criterios y mecanismos para la integración docente asistencial". La denominación integración docente-asistencial es inadecuada, porque una actividad esencial, la investigación, no está incluida en el término. La adecuada y equilibrada relación entre la atención médica, la enseñanza y la investigación, y las recíprocas influencias que cada una ejerce sobre las otras refuerzan su calidad aceptando que puedan existir contradicciones entre ellas. Lo asistencial se comporta como un comportamiento estanco por lo que prefiere el autor el término atencional de más amplio espectro, se discuten los términos integral y las tres actividades, docencia, atención e investigación, los personajes del proceso alumnos y profesores, han de cumplir las tareas con igual calidad, las contradicciones que surjan en el mismo y este análisis objetivo por los participantes... logrado por la formación económico social en que se desarrollan. Propone Rodríguez Rivera, por la imprecisión terminológica, los siguientes requisitos: 1º acuerdo conjunto de los organismos de educación y salud en relación con la (IDA), en caso de que ambos sectores estén separados por la estructura estatal; 2º Formación del recurso humano en las áreas de trabajo real del sector salud; 3º Régimen de estudio-trabajo para los estudiantes a lo largo de la formación; 4º Los docentes al igual que los estudiantes deben participar de manera bien definida; 5º La investigación científica debe formar parte del proceso, en un régimen socialista el sector educación tiene premisas obligadas, educación tomando en cuenta funciones y actividades concretas y estudio de las perspectivas en sentido general mundial y particular respecto a su propio país, cuando escuelas de medicina y las escuelas de enfermería, pertenece al sector responsable de la salud, aunque metodológicamente respondan al sector educación, se consiguen las formas más logradas del (IDA), también puede existir la (IDA) en facultades de medicina que pertenecen al ministerio de educación y la enseñanza práctica se realiza en áreas pertenecientes al ministerio de salud. Los hospitales universitarios por su sobrecarga biológica no se les vinculan a la (IDA), es imprescindible el aumento de los docentes y una gran coordinación para mantener la calidad de la (IDA), a pesar de las dificultades para la preparación de la IDA, las ventajas son de gran importancia, aumento de la calidad de atención médica, aumento cuantitativo de la enseñanza sin sacrificar calidad, relación práctica, teoría, base científica solucionar problemas de salud, etc. Rodríguez Rivera llama la atención sobre algunas tendencias actuales en lo que a la participación de la comunidad en programas de salud se refiere considerando éstas como demagó-

gicas y reaccionarias, aunque aparentan ser revolucionarias ya que con una supuesta posición antitecnocrática subvaloran los logros científicos-técnicos y plantean que comunidades sometidas al atraso por la explotación capitalista, dirijan y orienten programas de salud. Considera que en muchos casos esto conlleva a ocultar el hecho fundamental de que para la recuperación de la salud, estas masas necesitan trabajo, vivienda, alimentación adecuada, vestidos y otros recursos materiales cuyo logro sólo podrá ser posible si se cambian las relaciones de producción. Relaciones del IDA con el régimen económico social, considera como una verdad que nadie cuestiona que salud y educación son determinados por el régimen económico social, la utilización de la (IDA) como proceso de desarrollo en los sectores de salud y educación dependerá de las funciones que en una determinada estructura económico-social tengan los sectores mencionados, por eso el (IDA) puede tener un sentido, una proyección y una utilización según sea el régimen económico-social donde se desarrolla, señalando las fallas de los países capitalistas lo hace pensar en que la aplicación de la (IDA), reforzaría la posición de las clases dominantes, pero también piensa que formará un profesional con más estrecho contacto con la realidad y con más conciencia de los problemas, reconoce que estas innovaciones para nada van a cambiar la esencia de un régimen burgués. Rodríguez Rivera no pone en duda la posibilidad de trabajar positivamente en otros países de América Latina, conocemos perfectamente que existen numerosos y valiosos esfuerzos, por lo que no propugnamos por la inacción en espera de que se produzcan los cambios sociales y económicos.

La IDA en Cuba, la Integración Docente Asistencial. La Integración Docente Asistencial tiene dos etapas de 1960 a 1976, desarrollo de la IDA en sectores de salud y educación independiente dentro de la estructura estatal, en 1976 creación de los Institutos Superiores de Ciencias Médicas dentro del Ministerio de Salud Pública con la supervisión metodológica del Ministerio de Educación. Destaca en su ponencia el doctor Rodríguez Rivera la situación de la salud pre y posrevolucionaria, en la Cuba prerrevolucionaria sólo existía una escuela de medicina en La Habana, como un curriculum anacrónico de 1939, con una gran medicina privada y con servicios deficientes o nulos para las masas, con el inicio de la revolución la situación empeoró con la estampida de los médicos que respondieron a su ideología abandonando el país, un poco más de una docena de profesores quedaron en la escuela de medicina, los logros de la revolución en el sector de medicina han sido creación de un sistema nacional de salud con los consiguientes principios, salud del pueblo y responsabilidad del Es-

tado, todo el pueblo tiene acceso a los servicios gratuitos de salud. La comunidad participa activamente, servicio preventivo curativo, servicio de salud se plasman e integran con el desarrollo económico social de Cuba. La existencia de numerosas unidades, nueve mil profesionales médicos, doscientos cincuenta y cinco hospitales, doscientos veintiséis policlínicos, quedan las siguientes resultantes, marcada reducción de la mortalidad infantil, desaparición de las formas graves de tede infantil merigitis, marcada reducción de la incidencia y mortalidad por tuberculosis, erradicación de la polio, la malaria y la difteria, marcada reducción del tétanos, y desaparición del tétanos nematal, reducción importante de la mortalidad infantil por gastroenteritis, termina Rodríguez Rivera su ponencia diciendo: somos el primer país en América donde la atención médica y la formación de recursos humanos se encuentran integrados en un sólo organismo, esta nueva estructura permitirá una nueva y gran profundización en la investigación docente-atencional e investigativa en nuestro país, la cual tendrá su énfasis principal en la atención primaria y que ofrece perspectivas de desarrollo muy importantes para nuestro pueblo en las tareas de educación y de salud pública.

Comentario a la Ponencia del doctor Luis Rodríguez Rivera, presentado por el doctor Alberto Vasco Uribe, de la Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia, el doctor Vasco se refiere de manera especial a la primera parte de la ponencia cubana, por tratarse del marco conceptual donde se necesitan de precisiones, ampliación y profundización y recalca como el autor que este campo no carece de vacíos e imprecisiones y también por su carácter general. Con respecto a la experiencia cubana afirma "sólo me atrevo a tratar de entenderla y reconoce sus limitaciones que le impiden profundizar, considera el doctor Vasco que algún tipo de integración docente-asistencial siempre ha existido y que ha sido la base de formación del personal en salud especialmente el médico, agregando que su enfoque es tangencial y aceptando que en Cuba el problema ha sido superado o está en vías de ser superado, considera que en la referencia que hace Rodríguez Rivera una sociedad socialista y las vagas afirmaciones de que algo se puede hacer en cualquier parte, nos dio una gran contribución a la definición de lo que puede hacerse hoy en América Latina, afirma que la forma como se ha desarrollado el post-grado a partir de la escuela americana, es una forma de integración docente-asistencial y que se pretende poner un método particular a una tendencia social e histórica yendo más lejos lo que a veces se pretende hacer es llevar esa integración tal como se hace en la residencia pre-grado y aún a los niveles intermedios consi-

derando que agudiza el problema, pues en el nivel intermedio y de pregrado es donde la tendencia a aceptar lo que se enseña es más acrítica, de autoridad es más viable y contundente y considera que es mucho más grave el problema cuando es avalado por una revolución triunfante en el sentido de que la necesidad de aumentar la cobertura puede men- guar el análisis del tipo de medicina que se quiere impartir, ¿cuál es el papel de aquel formado en una profesión y si cumple su papel el especialista egresado de una residencia?, Vasco afirma que el problema es plantear qué tipo de país necesita un profesional o mejor, a qué tipo de país corresponde una determinada estructura profesional. A la idea de integrar la educación con un ministerio de salud, lo considera como una simplifi- cación que paga serios tributos al formalismo y se pregunta ¿cómo puede integrarse aún hacia adentro del ministeri ode salud, una práctica tan con- tradictoria, como la medicina privada y la asistencia pública, o cómo puede integrarse hacia adentro un ministerio de educación que albergue en su seno la educación privada y la educación pública, cómo podrá si es ésta la situación de desintegración de uno y otro ministerio lograrse una inte- gración entre los dos, integración entre lo desintegrado, la carga de trabajo en el docente que implica la (IDA) exige aumento de personal docente y la integración docente-asistencial, como se propone y practica en América Latina, se plantea precisamente para solucionar la falta de docente y también la falta de atención médica y Vasco Uribe afirma con la suma de dos eficiencias se pretende resolver el problema de la do- cencia y la asistencia, afirmación de Rodríguez Rivera de que comunidades extremadamente atrasadas, puedan dirigir y orientar los problemas de salud es una posición reaccionaria responde Vasco Uribe, el problema tiene dos aspectos, el primero es el papel de la comunidad en un proceso de cambio, problema esencialmente político, en el que sería necesario estudiar no sólo el papel de las masas sino de la organización política de la intelectuali- dad, etc., sobre todo profundiza y reconoce que parece haber un acuerdo al menos teórico en la importancia de esas masas "comunidades extrema- damente atrasadas en ese proceso de cambio", empero es el problema mismo del conocimiento de la población, conocimiento limitado históri- camente por una estructura social, Vasco considera algo estático el plan- teamiento y la importancia que le da Rodríguez Rivera al utilizar ese conocimiento adecuadamente a los diversos niveles y que él entiende como niveles de desarrollo, reconocimiento de una situación dada en un momento en cuanto al conocimiento de que los problemas de salud tiene la comunidad no sólo sirve para utilizarlo adecuadamente, sino para

destruirlo transformándolo, es una dinámica de transformación permanente que certificado a un personal auxiliar no es una meta, es un simple escalón, coincide con Rodríguez Rivera cuando reafirma la idea de que son las condiciones político-económico-sociales las que modifican la situación de salud y no la participación de la comunidad o la lucha contra la tecnocracia médica a las que le agrega abajo los de (IDA), aceptando el privilegio de la determinación histórica pero no en forma mecánica, refiriéndose a la afirmación de que la tecnocracia médica desaparecerá cuando desaparezca la estructura que la genera, pues esto al menos discutible a la luz de la experiencia histórica, Vasco Uribe concluye que la ponencia en su aspecto teórico, no esclarece el problema central, es decir cuál es el papel de la atención médica en una sociedad en su proceso de transformación y que en ella se diga al mismo tiempo 1º que la salud depende de la estructura socio-económica; 2º el (IDA) también; 3º el (IDA) algo puede hacer en cualquier parte de estos aspectos de nivel teórico que quedan aún por esclarecer en lo cual coincide con el autor de la ponencia, no son obstáculo para el reconocimiento de la importancia que experiencias relatan la segunda parte de ella y a la cual el comentarista se abstuvo de analizar bien para los asistentes a la reunión de los países de Latinoamérica. Ya ustedes tuvieron la ocasión de escuchar al doctor Rodríguez Rivera, haciendo una serie de aclaraciones con respecto al comentario del doctor Vasco Uribe.

Comentario del doctor Rubén Vasconcelos, de México: Considera el doctor Vasconcelos el trabajo de Rodríguez Rivera como claro y preciso, hace un aclarando a lo relativo a que se debe entender por investigación científica, también pertenecen a la ciencia y son indispensables para investigarlos, metodológicos, la observación, la deducción, la inducción, en una palabra el razonamiento sobre el cual se apoye lógicamente una hipótesis diagnóstica que deberá ser puesta a prueba en las formas adecuadas, también científicamente orientadas y realizadas, coincide con el doctor Rodríguez en que el fracaso, en la formación del médico "que cada país necesita" se debe sobre todo a haber otorgado más importancia al curriculum y a la metodología y a la verdadera asimilación del pensamiento científico, cuyo papel es fundamental en la educación médica, coincide con el doctor Rodríguez en lo demagógico de orientar unilateralmente jóvenes estudiantes todavía poco calificados y considera que los impulse a una práctica prematura, rutinaria y vana, empírica en el mal sentido de la palabra. Considera que este proceder está basado en un criterio burdamente conductista perceptible en una de las llamadas snuevas técnicas del aprendizaje muy en

boga en los países tecnocráticos y que pueden producir fenómenos que él llama de colonización intelectual considera infertable las premisas 1º Unión de la atención primaria integral de la comunidad, con la atención clínica hospitalaria; 2º realización y trabajo en equipo de la atención integral. Reconoce Vasconcelos que no hay una línea en el trabajo de Rodríguez Rivera en donde se exageren los logros o donde se hagan parangones con algún otro país en particular, considera que ante los vigorosos triunfos de la medicina preventiva orientada referentemente a la sanidad es indispensable llevar adelante la transformación efectiva de la medicina biológica en una disciplina biopsicosocial que comprenda el examen sistemático interdisciplinario de los factores sociales productores de enfermedades lo mismo en los individuos que en las sociedades. Considera esta empresa de tardía realización y considera que si los docentes de la medicina moderna rehuyen el examen objetivo de los hechos políticos, económicos y sociales en general que afectan a la América Latina, sus problemas no tendrán solución ya que en zonas carentes y anacrónicas aparecen determinantes sociales. Con frecuencia más prominente lo decisiva que las meramente biológicas, plantea Vasconcelos el trabajo de Rodríguez Rivera y su aplicación en nuestro ámbito dentro de las condiciones sociales y políticas en que nosotros actuamos o bien si tendremos que seguir otro camino porque sus postulados sean impracticables. Para terminar considera el tema general de esta conferencia como muy ambicioso, por el amplio empreto que presenta el cual desborda ampliamente la formación sólo de médicos.

Discusión del tercer tema en la plenaria. Lamentablemente la delegación cubana no había llegado y muchas cosas se quedaron en el aire, bachiller Francisco Jiménez, de Venezuela, interviene haciendo un comentario general a la ponencia y a los comentarios y termina formulando varias preguntas el comentarista, una de ellas relativa al cuestionamiento hecho a un grupo de profesionistas médicos cubanos que han venido prestando ayuda en Jamaica, el doctor Vasco responde una de las interrogantes formulada por Francisco Jiménez. La licenciada Lourdes Herrera, de la República Dominicana, formula una pregunta en relación al personal médico en el equipo de salud; el presidente hace un comentario a la pregunta; el doctor Vasco hace unas aclaraciones en relación a la forma como se formuló la pregunta. Guillermo Quiñonez, de El Salvador, interviene para plantear una pregunta en relación a un término de nueva creación como lo es lo de la investigación, añadiendo que debe establecerse claramente la definición de investigación, el doctor Carlventi, de la República Dominicana, interviene sobre lo que en la ponencia se llama tecnocracia médica, discrepando en esto

con la afirmación formulada por el doctor Vasco Uribe en su comentario, el doctor Troncoso, de Chile, señala que la ponencia y los comentarios son muy interesantes y que indiscutiblemente serán objeto de grandes discusiones en los grupos de trabajo, comentando en lo general el contenido de la ponencia y haciendo señalamientos generales muy interesantes. La doctora Dematos, de la República Dominicana, formula pregunta al doctor Vasco en relación a la terminación que las masas tienen en relación a la salud y a los programas de atención médica. Se da lectura a una nota suscrita por el doctor Guerra sobre los llamados niveles de atención médica. El doctor Miguel Cantullo formula alguna inquietud sobre el tipo de programa de atención médica y de los recursos humanos que tenemos en nuestro país. Rafael Barreto, de Venezuela, señala que es difícil criticar la ponencia por cuanto sus autores no están presentes, en relación al comentario del doctor Vasco de Colombia, manifiesta no estar de acuerdo con él cuando dice que la propuesta cubana que se aplica en la medida que sea posible el sistema de salud y educación de Cuba a los países latinoamericanos, considerando que su contribución es muy valiosa. Se concede derecho a Juan César García representante de la Organización Panamericana de la Salud, dice que conoce bien los diferentes aspectos de la Revolución Cubana y particularmente lo que atañe a la salud y a la educación, que puede servir de ejemplo y ser tomada por estos países en la medida de sus posibilidades, el doctor Hesio Cordeiro se manifiesta en el mismo orden de ideas formulado por el doctor Juan César García y añade al mismo comentario de carácter general; el doctor Otto Meléndez, de Guatemala, hace un comentario a la ponencia cubana sobre los aspectos científicos que alaba la misma y hace algunos señalamientos en el campo de la odontología. Termina la sesión.

Conclusiones y recomendaciones del grupo tercero

A la ponencia cubana "Criterios y mecanismos para la integración docente asistencial" presentada por el doctor Luis Rodríguez Rivera, de Cuba, el presidente fue Carlos Moro, y relator Juan Daniel Bodden de Ucamaima. El grupo tercero analizó en sus reuniones de trabajo la ponencia de la Universidad de La Habana sobre criterios y mecanismos para la integración docente asistencial. En dichas reuniones se estudió, además, la experiencia de otras universidades de otros países y las aclaratorias de los delegados cubanos sobre dicho tema; al comienzo de la segunda reunión se pusieron por parte del relator, las conclusiones y recomendaciones extraídas de las

discusiones anteriores, con la inclinación de otros puntos y las modificaciones surgidas en ésta se presentan las conclusiones y recomendaciones. Primero, el grupo tercero de trabajo acoge la denominación de integración docente-asistencial investigativa ya que abarca todos los niveles de prevención e incluye además la investigación, como un factor importante en la formación del recurso humano, por otra parte nuestro criterio facilita la participación activa de la universidad en los problemas científico-técnico de cada país, en este proceso la comunidad debe ser tomada en cuenta como un ente activo. Segundo, con la finalidad de hacer de este criterio una realidad para todos los países participantes dicha integración deberá realizarse de acuerdo a la situación particular de cada nación. Tercero, con el objeto de promover el desarrollo integral tanto del individuo, de la familia y la comunidad como de los recursos humanos que se forman en la institución universitaria se encomienda que la integración se realice a nivel de todo el equipo de salud. Cuarto, las facultades, escuelas y departamentos de medicina una vez iniciada la integración promoverán la incorporación de carreras de otras áreas de la educación superior, con el objetivo o propósito de incidir en los problemas con acciones tendientes a una solución global de los mismos. Quinto, con la finalidad de realizar los objetivos anteriormente señalados se recomienda que las universidades establezcan convenios bilaterales, junto con las instituciones dispensadoras de salud, fijando previamente las metas a alcanzar con estas gestiones. Sexto, las universidades deberán participar, colaborar con los programas que ejecutan dichas instituciones, que tiendan a fomentar y a mejorar la salud individual y colectiva; al mismo tiempo se recomienda mantener una actitud crítica e incluso discrepante y de denuncia con aquello que no está claramente orientado. Séptimo, las bases de estas recomendaciones se sugiere que las universidades realicen su currícula y metodología educativa, a objeto de adaptarlas a los propósitos derivados de la integración. Octavo, las universidades deberán mantener su autonomía en lo que respecta a calidad y cantidad de recursos humanos en formación. Noveno, las universidades, exigirán al estado el presupuesto adecuado para su cabal desarrollo y funcionamiento; de igual manera exigirán presupuesto para que las instituciones dispensadoras de salud oficiales puedan cumplir con los planes de desarrollo integral del pueblo.

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DOCTOR MAGÍN DOMINGO PUELLO, VICEDECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UASD Y PRESIDENTE DE LA DELEGACIÓN

Queridos compañeros de las Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina:

Febrero de mil novecientos setenta y seis significó para la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, un momento de decisión muy serio. Terminaba la IX Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en La Habana, Cuba, primer territorio libre de América, y se nos asignaba la tarea de organizar la X Conferencia. Al regresar a nuestro país, cuando todavía se apreciaba en el avión la cresta de quí y de la ciudadela, ya dábamos los primeros pasos de organización; se trabajaba en los nombres de profesores, estudiantes y empleados. La escena estaba tranquila y veíamos la celebración de la X Conferencia como fecha lejana, tan lejana que nos permitía mirar todos los días el paso de los nuevos logros. Pero el tiempo desgraciadamente no es posible inventarlo, sigue siendo formado por días de veinticuatro horas y, cuando menos lo esperábamos la Conferencia de la UDUAL asomaba provocando la natural angustia y en esta fase delirante alargando los días y las noches. Compañeros miembros de comisiones, subcomisiones; compañeros profesores y estudiantes; cuando se cumple con el deber la palabra gracias no tiene sentido, pero permítanme decir que todo ha salido bien.

Señor rector magnífico, vicerrectores, autoridades todas: sin su sensibilidad y participación, la X Conferencia no hubiera marchado. Señores esposas y esposos de los miembros del Comité Organizador, comisiones y subcomisiones: a todos debo darles las gracias por su esfuerzo y gran paciencia. A los compañeros de la Facultad de Medicina de la Universidad de Puebla, de la Universidad Autónoma de Puebla que ha sido elegida como sede de la

XI Conferencia les brindo nuestras felicitaciones y la seguridad absoluta de que a partir de este instante tienen en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, sus servidores más leales y entusiastas para que se haga posible estrechar nuestros centros en una verdadera espiral genérica.

Consideramos que esta Conferencia organizada por la UDUAL, constituye un excelente medio para el conocimiento de nuestra realidad latinoamericana y para que contribuya asimismo a estrechar los vínculos de nuestros pueblos.

Queridos compañeros, gracias por su distinguida presencia que ha dado su solidaridad a esta facultad, a esta universidad y a este país. Esperamos que podamos vernos pronto en este peregrinar en la búsqueda de atención para nuestros países, los cuales indudablemente lo esperarán, porque el nuestro es el Continente de la esperanza. Gracias.

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DOCTOR EFRÉN C. DEL POZO, SECRETARIO GENERAL DE LA UDUAL

Una vez más hemos llegado al término de una nueva jornada; como en otras ocasiones nos llevamos el profundo agradecimiento a la Casa que nos ampara; esta vez la ilustre Universidad Primada de América. El significado profundo de esta X Conferencia sigue siendo la búsqueda constante de mayores y mejores medios para lograr la salud de nuestros pueblos. Hemos avanzado un paso más en nuestra ruta, pero aún estamos lejos de la meta que buscamos. Sin embargo, ya es mucho reconocer que nuestro camino no es la hollada vía del ejercicio tradicional de la medicina. Indudablemente es un logro trascendente valorar con justeza la situación en que vivimos y saber que se requieren nuevas formas de docencia y reorganizar los sistemas de salud para ajustarnos a la evolución social y económica de nuestros tiempos.

El resultado evidente de esta nueva etapa de deliberaciones nos conduce al fortalecimiento del concepto de que debemos encontrar nuestro propio camino en la búsqueda constante de los medios más propicios para dar salud a la América nuestra.

En nombre de la Unión de Universidades de América Latina doy gracias a todas las Facultades y Escuelas de Medicina que atendieron nuestro llamado, a los distinguidos Ponentes y Comentaristas que nos ilustran con su saber.

Gracias muy especiales a nuestros anfitriones y de manera particular al Decano José García Ramírez, al doctor Magín Domingo Puello, Vicedecano, directamente responsables de este magnífico evento y ante el peligro de cometer omisiones englobo colectivamente a la Comisión Organizadora que trabajó con ahinco para lograr el éxito que hemos compartido. No puedo, sin embargo, omitir al señor rector, doctor Guarocuya Batista del Villar por

su cooperación constante para el éxito de esta Reunión de la que tuvimos evidentes pruebas. Debo mencionar con inmensa gratitud los nombres de Angel Fernández Vila, decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana y presidente de la IX Conferencia, ni omitiré el de nuestro llorado amigo, el doctor Jorge Andrade, relator de la Conferencia anterior, quienes participaron de manera prominente, junto con el presidente de esta X Conferencia en la primera reunión de la Comisión Organizadora de este evento en la sede de la UDUAL en la ciudad de México, en la cual diseñamos el Temario y esbozamos los nombres de los Ponentes y Comentaristas de esta reunión.

Muchas gracias a todos ellos, gracias también a la Oficina Panamericana de la Salud y al doctor Juan César García que dirigió la Mesa Redonda; al doctor Rafael Kasse Acta, ex-presidente de la UDUAL que estuvo siempre presente en la preparación y desarrollo de la Conferencia; gracias, mil gracias a todos aquellos que dieron su tiempo, dedicación y entusiasmo para lograr el brillante éxito de esta X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina.

La divisa de la UDUAL se encuentra nuevamente fortalecida: buscar la unidad cultural de la América Latina en todos los campos del saber, al margen de falacias y traidores. Al fin de nuestros afanes, habremos de lograr un latinoamericano pleno de salud física y de mente sana que habrá de vivir en un ambiente de justicia social y libre de tiranías.

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DOCTOR CARLOS ALFONSO
MORO, DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Señor rector de la Universidad Autónoma de Santo Domingo,
Señor decano de Medicina y presidente de la Comisión Organizadora de la
X Conferencia de la UDUAL,
Distinguidos representantes de las delegaciones latinoamericanas,
Distinguidos invitados,
Distinguido anfitrión de aquí, del país de Santo Domingo:

Hace pocos momentos mi universidad, por medio de mis compañeros, me ha elegido para dirigir estas breves palabras en nombre de las naciones latinoamericanas que venimos a la X Conferencia de UDUAL. La UDUAL, para nosotros se ha convertido en un centro en el cual las facultades y las escuelas han aprendido a pensar, no tratando de enseñar a través de determinados mecanismos, sino tratando de incorporarse al proceso de desarrollo de todos, a tratar de ser críticos en la formación del médico y a transformar los estudios de medicina a fin de lograr que el médico se ajuste a las necesidades de cada país. La enseñanza que habían venido impartiendo las Facultades de Medicina de América Latina se daba sin fijarnos que cada país logra cambios, logra transformaciones y sobre todo siembra la idea de que esas Facultades deben ser activas, deben ser críticas en relación a todo lo que ocurre en cada nación.

La atención, la hospitalidad, la amistad del pueblo dominicano, han superado con creces todo lo que habíamos esperado, no solamente en relaciones de los delegados, sino de los acompañantes, y si fue extraordinario el recibimiento, así de extraordinario es el aprecio que se ha encontrado. Para ellos nuestro más profundo agradecimiento. Esperamos que cuanto antes nos encontremos nuevamente con el fin de intercambiar ideas, con

el fin de lograr que los profesores, estudiantes y gobierno acepten estos cambios que aquí se están generando.

La última Conferencia celebrada en Cuba, donde se pudo observar la realidad de la asistencia médica y de los progresos que ahí se habían realizado, fue aleccionadora al permitir que otros pueblos, que otros países que han seguido otro camino sean incorporados, a lo que en Cuba se ha realizado en materia de salud. Sin ninguna mezquindad los pueblos de Latinoamérica se reúnen para intercambiar ideas, para retener lo que sean ellos y para sembrar definitivamente lo que es el progreso y la anulación de sus fallas. Muchas gracias.

DISCURSO PRONUNCIADO POR EL DOCTOR VÍCTOR MANUEL
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA, MÉXICO

Señores delegados:

Es para nosotros un alto honor el externar nuestra satisfacción por el alto honor que se nos ha hecho. Sabemos que a través de este tipo de reuniones las universidades hermanas de toda Latinoamérica verán estrechados sus lazos de amistad y cooperación en todo momento. Realmente pensamos que nuestra Universidad, enmarcada en el cauce de la democracia y espíritu crítico y popular, es una institución de educación superior, que acogerá a todos los países hermanos con un fraternal abrazo, con lo mejor de nuestra hospitalidad.

Quiero agradecer a los muchos compañeros que participan en esta X Conferencia de Escuelas y Facultades de Medicina de América Latina, el honor que nos han hecho. Agradecer también a los compañeros dominicanos el enorme esfuerzo que ha representado para su Universidad el haber organizado esta magnífica Conferencia. Estamos agradecidos profundamente, y gratamente impresionados con la hospitalidad del pueblo dominicano. Esperamos poder corresponder a tan significativas atenciones. Muchas gracias.

DISCURSO DE CLAUSURA PRONUNCIADO POR EL DOCTOR JOSÉ GARCÍA RAMÍREZ, DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UASD Y PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DE LA X CONFERENCIA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA DE LA UDUAL

Señores miembros del Presidium,
Señores delegados a la X Conferencia,
Señores autoridades universitarias,
Compañeros universitarios todos:

Ha llegado la hora de bajar el telón de esta X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de la UDUAL. Delegados nacionales y de las naciones hermanas de América han trabajado muy duro durante estos cinco días y contribuir con ello a dar lucidez y brillantez a este evento universitario. Las discusiones, las diferentes posiciones, han servido de marco adecuado para que las ideas más progresistas y las mejores actitudes se plasmasen en recomendaciones que hoy, mañana y siempre deberán ser norte y guía de nuestras trayectorias, por supuesto superando dialécticamente los contenidos aunque manteniendo los elevados principios que nos han dado origen y por los cuales luchamos a diario en esta parte del mundo, en este Continente Americano.

La Universidad Autónoma de Santo Domingo, el Comité Organizador de la Conferencia, la Presidencia de la Conferencia no acepta las gracias que se nos dan y las que puedan dárse nos; simplemente hemos cumplido con nuestro deber, tal y como lo habíamos concebido cuando aceptamos el reto de organizar el evento, compromiso contraído en La Habana, Cuba, en febrero de 1976.

A ustedes, delegados extranjeros, que se han desplazado a miles de millas para estar junto a nosotros en estas jornadas, a ustedes delegados nacionales

que nos han acompañado tan fielmente, les expreso que no esperen nuestras gracias; han cumplido con su deber, y se llevan en sus pechos la mejor condecoración, la condecoración del deber cumplido.

Latinoamérica hoy se estremece de uno a otro confín tratando de sacudirse y librarse de la opresión que cual pesada carga la oprime de múltiples maneras. Contribuyamos con nuestra cuota de responsabilidad en el campo médico y universitario a despejar ese escabroso camino para que en América Latina sea una verdad intangible e incuestionable, y además ejecutable, el derecho a la salud, al pan, al trabajo; que nuestros valores descansen sobre un régimen universal de justicia social. Los médicos y la medicina no son ni pueden ser antes apolíticos, pues es la política la que al fin y al cabo determina o no la ejecución de las acciones de salud para la cual nosotros estamos preparados.

Id delegados a vuestros hogares, no a descansar de esta dura jornada, sino a organizarse más y prepararse para la nueva jornada de la XI Conferencia en la hermana Universidad de Puebla en México.

Para terminar, quiero entregar a nombre de todos un gran abrazo a los trabajadores administrativos de esta Facultad y de la Universidad, a los obreros que han hecho posible con sus manos callosas este hermoso Paraninfo remodelado, rescatado del abandono en que se hallaba, que han hermo-seado este Campus Universitario. A la prensa nacional un abrazo; ha cumplido una gran tarea al mantener informado de manera objetiva a nuestro pueblo sobre el evento.

Para usted, para mí, para la UDUAL, para todos los universitarios de América Latina un "hasta Puebla" en la XI en ese nuevo compromiso de las Ciencias y la Verdad.

APÉNDICES

I

CARTA ENVIADA A LA X CONFERENCIA POR EL DOCTOR ÁNGEL FERNÁNDEZ VILA, PRESIDENTE DE LA IX CONFERENCIA CELEBRADA EN LA HABANA, CUBA

Señores de la Presidencia;
Señores delegados:

Tengo la encomienda del doctor Ángel Fernández Vila, quien fuera presidente de la X Conferencia celebrada en La Habana, de hacer llegar a ustedes unas breves líneas, ya que él no tuvo la posibilidad por otras tareas que tenía en este momento de realizar el viaje a esta X Conferencia y, nos solicitó, a través nuestro y a la Secretaría de UDUAL y a la Presidencia de la Conferencia se nos permitiera leer un mensaje que él personalmente hubiera querido leer y que tenía planificado hacerlo así. Doy lectura al mismo :

Doctor Efrén C. del Pozo, Secretario General de la UDUAL;
Distinguidos delegados e invitados de las facultades y escuelas de Medicina de América Latina:

Aun tenemos fresca en nuestras mentes aquella sesión que la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, celebrada en la hermosa capital de Ecuador, en la que a propuesta de la delegación ecuatoriana, y con la generosa adhesión de la delegación dominicana, se confirió a Cuba el honor de ser sede de la IX Conferencia de la UDUAL.

Si agradecidos estuvimos los cubanos por aquel acuerdo de los participantes de la VIII Conferencia, más aún lo estuvimos por la entusiasta acogida que se brindó por todas las facultades miembros a la IX Conferencia, celebrada en nuestro país en febrero de 1976; acogida que posibili-

tó que nuestro país pudiera organizar y ser sede de un evento que mantuviera la exitosa tradición que tiene esta reunión bienal de los educadores médicos de nuestra América.

Nuestra IX Conferencia, nos reunió, nos permitió conocernos mejor, nos hermanó más aun. En ella, juntos perfilamos el mejor futuro para la educación médica en nuestros pueblos. Aquella Conferencia terminó, y hoy nos reunimos de nuevo en esta hospitalaria tierra dominicana, tan cercana a nuestro país, como hermanada a nuestra historia, como a la de toda la América al sur del Río Grande.

Para dar inicio a las sesiones de la X Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, saludamos a los organizadores de esta Conferencia, al secretario de la UDUAL, a los delegados e invitados participantes. Hacemos votos por el rotundo éxito de esta reunión.

Agradecemos finalmente a todos, la cooperación y participación que tuvieron con nosotros en la Conferencia anterior, y que motivó a nuestro país a cumplir modestamente sus deberes con la UDUAL. Muchas gracias. Doctor Ángel Fernández Vila.

II

RELACIÓN DE LAS CONFERENCIAS DE FACULTADES Y ESCUELAS
DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA ORGANIZADAS
POR LA UDUAL

I CONFERENCIA — 8 al 15 de septiembre de 1957 — México, D. F.

TEMA I. OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN AMÉRICA LATINA.

TEMA II. EL CURRÍCULUM:

- a) Las ciencias básicas.
- b) La enseñanza clínica.
- c) La medicina preventiva y la sociología médica.

TEMA III. EL PERSONAL DOCENTE:

- a) Docencia e investigación. Campos en los que puede fomentarse con más fruto la investigación.
- b) Personal de tiempo completo o dedicación exclusiva y personal con horario libre.
- c) Preparación y selección de profesores.

TEMA IV. LA SELECCIÓN DE ALUMNOS EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA:

- a) Determinación de la capacidad óptima en las Escuelas de Medicina.
- b) Procedimientos aconsejables para la selección de estudiantes.

TEMA V. LA ENSEÑANZA DE LOS GRADUADOS:

- a) Los procedimientos aconsejables para actualización de conocimientos de los graduados.
- b) La enseñanza de los graduados para la formación de especialistas.

TEMA VI. EL INTERCAMBIO ENTRE LAS ESCUELAS DE MEDICINA:

- a) Intercambio de profesores. Finalidades. Procedimientos aconsejables.
- b) Regulación del intercambio estudiantil. Equivalencias de estudios.

TEMA VII. VARIOS.

II CONFERENCIA — 28 de noviembre al 3 de diciembre de 1960 —
Montevideo, Uruguay.

TEMARIO:

- A) COMPLEMENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE MÉXICO SOBRE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN AMÉRICA LATINA.
- B) ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS BÁSICAS.
- C) ORIENTACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS DE ENTRENAMIENTO CIENTÍFICO Y DOCENTE PARA PROFESORES E INVESTIGADORES EN CIENCIAS MÉDICAS.
- D) CENTRO COORDINADOR PERMANENTE DE LAS FACULTADES LATINOAMERICANAS DE MEDICINA.
- E) GRADOS ACADÉMICOS DE MASTER Y DOCTOR EN CIENCIAS BÁSICAS DE LA MEDICINA.

III CONFERENCIA — 25 de noviembre al 1º de diciembre de 1962 —
Viña del Mar, Chile.

TEMA I. PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE ALUMNOS QUE INGRESAN A LA CARRERA MÉDICA.

TEMA II. INTEGRACIÓN DE LA ENSEÑANZA EN CICLOS BÁSICOS, CLÍNICOS Y DE ESPECIALIDADES.

TEMA III. ENSEÑANZA DE GRADUADOS. CARRERA HOSPITALARIA (INTER-
NADO Y RESIDENCIA). FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS.

TEMA IV. FORMACIÓN DEL PROFESORADO. REGLAMENTO Y RETRIBUCIÓN DEL "FULL-TIME".

IV CONFERENCIA — 16 al 23 de agosto de 1964 —
Poços de Caldas, M. G., Brasil.

TEMA I. NORMAS PARA FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO CIENTÍFICO Y DOCENTE PARA PROFESORES E INVESTIGADORES.

TEMA II. REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE NUEVAS ESCUELAS DE MEDICINA Y DEFINICIÓN PRECISA DE CAPACIDAD DOCENTE.

V CONFERENCIA — 18 al 21 de octubre de 1967 — Lima, Perú.

TEMA I. MODALIDADES DE FORMACIÓN DEL MÉDICO LATINOAMERICANO, COMO PROMOTOR DEL DESARROLLO ECONÓMICO DE SU PAÍS.

TEMA II. LA PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS EN LATINOAMÉRICA EN RELACIÓN CON LAS DEMANDAS DEMOGRÁFICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD.

1ra. MESA REDONDA. EL PROBLEMA DE LA EMIGRACIÓN DE MÉDICOS DE LATINOAMÉRICA AL EXTRANJERO.

2a. MESA REDONDA. LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGÍA Y DE LA SOCIOLOGÍA EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO.

VI CONFERENCIA — 17 al 20 de septiembre de 1969 —
Guatemala, C. A.

TEMA I. PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA PARA LA PROMOCIÓN DEL ÉXITO PROFESIONAL DEL MÉDICO EN AMÉRICA LATINA.

TEMA II. EL FINANCIAMIENTO DE LAS FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA EN AMÉRICA LATINA.

TEMA III. ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS TOMADAS POR LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA PARA APLICAR LAS RECOMENDACIONES APROBADAS EN LA V CONFERENCIA.

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

VII CONFERENCIA — 21 al 25 de noviembre de 1971 —
Maracaibo, Venezuela.

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

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

TEMA III. LA ENSEÑANZA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA DE LAS NUEVAS DISCIPLINAS QUE DEMANDA LA VIDA CONTEMPORÁNEA.

VIII CONFERENCIA — 25 de noviembre de 1973 — Quito, Ecuador.

TEMA I. REALIDAD SOCIOECONÓMICA Y SITUACIÓN DE SALUD EN LA AMÉRICA LATINA.

TEMA II. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO.

TEMA III. RELACIÓN ENTRE LA DEMANDA Y LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

MESA REDONDA. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN AMÉRICA LATINA.

IX CONFERENCIA — 22 al 26 de febrero de 1976 — La Habana, Cuba.

TEMA GENERAL: LA FORMACIÓN INTEGRAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

TEMA I. PAPEL PERSPECTIVO DE LAS UNIVERSIDADES EN LA FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.

TEMA II. EL TRABAJO CIENTÍFICO-INVESTIGATIVO EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

TEMA III. COMBINACIÓN DEL ESTUDIO Y EL TRABAJO EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

MESA REDONDA. LA COMUNIDAD EN LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

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

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

I. DE LA FUNDAMENTACIÓN LEGAL

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

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

* Aprobado por la VII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina celebrada en Maracaibo, Venezuela, del 21 al 25 de noviembre de 1971.

II. DEL COMITE ORGANIZADOR

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

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

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

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

III. DE LOS PARTICIPANTES OFICIALES

Artículo 3º Las Conferencias estarán formadas por cuatro clases de Miembros: *a*) delegados, *b*) ponentes y comentaristas oficiales, *c*) observadores y *d*) invitados especiales.

Artículo 4º Serán delegados los funcionarios universitarios, profesores u otros miembros de los Organismos que formen parte de las Escuelas de Medicina de la América Latina afiliadas a la UDUAL y que sean debidamente acreditados como representantes de ellas. Cada Facultad o Escuela Médica podrá hacerse representar hasta por cinco (5) delegados. Uno de los miembros de cada delegación tendrá el carácter

de Presidente, de acuerdo con una comunicación oficial presentada a la Secretaría General o a la Comisión de Credenciales —según el caso— del Comité Organizador.

La Escuela o Facultad sede podrá hacerse representar hasta por diez (10) delegados.

Artículo 5º Serán ponentes y comentaristas aquellas personalidades que sean invitadas oficialmente para desarrollar el Temario y situar las bases de las discusiones y acuerdos de la Conferencia.

Artículo 6º Los Observadores serán: representantes de Escuelas de Medicina no afiliadas a la UDUAL y de organizaciones nacionales e internacionales que hayan sido invitados por el Secretariado de la UDUAL de acuerdo con el Comité Organizador o viceversa.

Artículo 7º Se consideran invitados especiales los miembros del Consejo Ejecutivo de la UDUAL, los miembros del Comité Organizador, el Presidente y el Relator General de la Conferencia inmediata anterior, los Ex-Presidentes de la UDUAL y aquellas personas o representantes de instituciones que hayan sido invitadas con tal carácter por la UDUAL de acuerdo con el Comité Organizador de la Conferencia, o viceversa.

IV. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

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

V. DE LA MESA DIRECTIVA

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

Artículo 10º El Presidente, el Secretario General y el Relator General serán elegidos en la sesión preparatoria por los delegados debidamente acreditados. Actuarán como Vice-Presidentes

los Jefes de las delegaciones acreditadas, los que se turnarán en sus funciones en las sesiones plenarias de acuerdo a un orden establecido por sorteo en esta misma preparatoria. Se podrá completar la Mesa Directiva con Secretarios Adjuntos, en caso de juzgarse necesario.

VI. DEL DESARROLLO DE LA CONFERENCIA

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

Artículo 12º En esa misma sesión serán aprobados el calendario, la agenda y el número de Comisiones de Trabajo acerca de los Temas de la Conferencia. Se elegirán los miembros de las Comisiones de Reglamentos, de Redacción y Estilo y los otros que se acuerde designar.

En esta sesión, será presentado el informe de la Comisión Organizadora por boca de su Presidente.

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

Artículo 14º Las Comisiones serán instaladas por los miembros de la Mesa Directiva y los asistentes a ella designarán un Presidente, un Relator y un Secretario.

Artículo 15º Los Secretarios de la Asamblea y de las Comisiones serán los encargados de levantar las actas de las sesiones respectivas.

Artículo 16º Cada relator de las Comisiones elaborará un documento que consigne los Acuerdos y un resumen de las deliberaciones, los que serán aprobados en la última sesión de cada

una de las Comisiones de Trabajo. Estos documentos serán entregados de inmediato al Relator General de la Conferencia, y una copia al representante de la UDUAL.

Artículo 17º El Relator General presentará, en la última sesión plenaria, su informe general, que será leído para ser considerado y aprobado en su caso. El documento final será entregado a la Secretaría General de la UDUAL.

Artículo 18º En la última plenaria será elegida la sede principal para la siguiente Conferencia.

PARÁGRAFO ÚNICO. En esta misma sesión se designará una sede suplente. La sede principal deberá ratificar, en un lapso no mayor de seis (6) meses, a la Secretaría General de la UDUAL, su aceptación para realizar la Conferencia; en caso contrario, la UDUAL oficiará a la sede suplente, quien en un plazo de tres meses notificará si acepta o no. De ser negativa la respuesta, el Consejo Ejecutivo de la UDUAL, procederá de acuerdo a lo pautado en el Artículo 1º, del presente Reglamento.

Artículo 19º Al final de cada Conferencia se publicará, a expensas de la Institución que haya sido la sede, una Memoria que reúna los trabajos, comentarios y resoluciones de la misma. Esta Memoria se publicará bajo la dirección técnica del Secretariado de la UDUAL.

Este libro se terminó de imprimir el 17 de agosto de 1979, en los talleres de Editorial Melo, S. A., Avenida Año de Juárez 226-D, México 13, D. F., se imprimieron 1 000 ejemplares.

UDUAL
R750
.C66
1977
Ej. 1

UDUAL
R750
.C66
1977
Ej. 1

06791

Conferencia de
Facultades y Escuelas
de Medicina de
América Latina,
La práctica médica y la
formación del personal
de salud / .

UDUAL

*R750
C66
1977*

*Conferencia de Facultades
y Escuelas de Medicina
de A.L. (10ª : ...
La práctica médica
y la formación del*

