

19 AGO. 1977

U. D. U. A. L.

V CONFERENCIA

DE FACULTADES DE MEDICINA

DE LATINOAMERICA

SEDE: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

18 - 21 DE OCTUBRE DE 1967

LIMA - PERU

U. D. U. A. L.

V CONFERENCIA

DE FACULTADES DE MEDICINA

DE LATINOAMERICA

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

SEDE: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

18 - 21 DE OCTUBRE DE 1967

LIMA - PERU

COMITE ORGANIZADOR

Dr. Jorge Campos Rey de Castro
PRESIDENTE

Dr. Alberto Cornejo Donayre
Dr. Alberto Cuba Caparó
Dr. Alberto Guzmán Barrón
Dr. Raúl Jerí Vásquez
Dr. Oscar Valdivia Ponce
Dr. Carlos Yori Colonna
Dr. José Zegarra Reyna

Dr. José Neyra Ramirez
SECRETARIO

Dr. Elmer Alegría Bazán
Dr. Max Zaidman Vainboim
SECRETARIOS ADJUNTOS

COMISION DE LOCAL

Dr. Rodrigo Ubillús D.
Dr. Augusto Campos Iturrizaga
Dr. Julio Bedoya Paredes
Dr. Guillermo Eyzaguirre Ramirez
Dr. Rolando Figueroa Barrios

COMISION DE ATENCIONES OFICIALES

Dr. Mariano Bedoya Hevia
Dr. Napoleón Zegarra Araujo
Dr. Max Arnillas Arana
Dr. Juan Escudero Villar
Dr. Adriana Rebaza Flores
Dra. Graciela Ramirez Ponce

COMISION DE PROGRAMA

Dr. Carlos Lanfranco La Hoz
Dr. Augusto Colmenares Murrugarra
Dr. Tulio Velásquez Quevedo
Dr. Leoncio Vega Rizo Patrón

COMISION DE ALOJAMIENTO PARA
LOS PROFESORES VISITANTES

Dr. Aizic Cotlear Dolberg
Dr. Hipólito Cruz Ruiz
Dr. Gustavo Delgado Matallana
Dr. Miguel Dávila Meza

COMITE DE DAMAS

Sra. Margarita de Campos
Sra. Laura de Cornejo
Sra. Martha de Cuba
Sra. Celia de Guzmán Barrón
Sra. Hilda de Quirós
Sra. Corina de Valdivia
Sra. Marina de Yori
Sra. Carmela de Zegarra
Sra. Claudia de Neyra
Sra. Neomí de Alegría
Sra. Zipola de Zaidman

FUNCIONARIOS

Dr. José Neyra Ramires
Secretario General
Dr. Elmer Alegría Bazán
Dr. Max Zaidman Vainboim
Secretario Administrativo

Dr. Augusto Colmenares M.
Secretario del Grupo I

Dr. Jorge Castello C.
Secretario del Grupo II

Dr. Manuel Alencastre G.
Secretario del Grupo III

Dr. Rolando Figueroa B.
Secretario del Grupo IV

Dr. Rubén Ríos Carrasco
Secretario del Grupo V

Srta. Alicia Hip-Carrillo S.
Secretaria-Jefe

Srta. Graciela Ruiz Levré
Secretaria del Grupo I

Srta. Alicia Almenara Bryson
Secretaria del Grupo II

Sra. Lily Silva de Ferrari
Secretaria del Grupo III

Srta. Juana Merello Moscoso
Secretaria del Grupo IV

Srta. Gloria Hip-Carrillo S.
Secretaria del Grupo V

COMITE DIRECTIVO.

PRESIDENTE: Dr. Jorge Campos Rey de Castro

VICE-PRESIDENTES: Dr. Carlos Campillo Sainz
Dr. Anibal Casavilca Rubio
Dr. Rafael Casas Morales
Dr. Leonardo Cornejo Sánchez
Dr. Julio de León
Dr. Jorge Haddad
Dr. Francisco de Castillos Marquez P.
Dr. Hernán Miranda Cueto
Dr. Armando Morales
Dr. Amador Neghme Rodriguez
Dr. Milcíades Pachas
Dr. José E. Sifontes
Dr. Eduardo Skewes
Dr. Victor Tejada Gutierrez

RELATOR GENERAL : Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán

SECRETARIO GENERAL: Dr. José Neyra Ramirez

RELACION DE FACULTADES (ESCUELAS) DE MEDICINA REPRESENTADAS

ARGENTINA

Universidad Nacional de Cuyo - Mendoza

BOLIVIA

Universidad de Cochabamba - Cochabamba
Universidad Nacional de "San Andrés" - La Paz
Universidad de Sucre - Sucre

BRASIL

Universidad Federal de Rio do Sul - Porto Alegre

COLOMBIA

Universidad Nacional de Bogotá - Bogotá
Universidad de Caldas - Manizales

CHILE

Universidad de Chile - Santiago
Universidad de Concepción - Concepción

ECUADOR

Universidad Central del Ecuador - Quito

EL SALVADOR

Universidad de El Salvador - San Salvador

GUATEMALA

Universidad de "San Carlos" - Guatemala

HONDURAS

Universidad de Honduras - Tegucigalpa

MEXICO

Universidad Nacional Autónoma de Mexico - Mexico
Universidad de Guanajuato - Guanajuato
Universidad de Mogollón - Monterrey
Universidad de Veracruz - Veracruz

PERU

Universidad Nacional de "San Agustín" - Arequipa
Universidad Nacional Técnica - Cajamarca
Universidad Nacional de "San Luis Gonzaga" - Ica
Universidad Nacional Mayor de "San Marcos" - Lima
Universidad Nacional de La Libertad - Trujillo

PUERTO RICO

Universidad de Puerto Rico - Puerto Rico

URUGUAY

Universidad de Uruguay - Montevideo

RELACION DE DELEGADOS ASISTENTES

Dr. AGUIRRE BELTRAN, Gonzalo	Instituto Indigenista Interamericano Niños Héroe 139, Mexico 7, D.F.
Dr. ALEGRIA BAZAN, Elmer	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Libertadores 671 , San Isidro -Lima, Perú
Dr. ALENCASTRE G., Manuel	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Av. Miraflores 233, Barranco - Lima, Perú
Dr. BARMAIMON, Enrique	Confederación Médica Panamericana 2 Uruguay
Dr. BEDOYA HEVIA, Mariano	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Nicolás de Piérola 267, Lima-Perú
Dr. BOCANEGRA CARRASCO, Manuel	Facultad de Medicina de Ica Ica - Perú
Dr. BONILLA, Augusto	Facultad de Medicina de Quito Foch 909, Quito-Ecuador
Dr. CARPIO, Marco Tulio	Facultad de Medicina de Arequipa Peral 527, Arequipa-Perú
Dr. CAMPILLO SAINZ, Carlos	Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Mexico, Ciudad Universitaria Mexico, D.F.
Dr. CAMPOS REY DE CASTRO, Jorge	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Tomas Ramsey 514, Magdalena Nueva, Lima-Perú
Dr. CASAVILCA RUBIO, Aníbal	Facultad de Medicina de Ica Apartado 181 - Ica, Perú
Dr. CASAS MORALES, Rafael	Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Calle 77 N° 1335, Bogotá, Colombia
Dr. CASTELLO CASTELLO, Jorge	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Av. Brasil 3558 , Lima - Perú
Dr. CEBALLOS, Juan	

Dr. COLMENARES , Augusto Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
Pablo Bermudez 286 Lima, Perú

Dr. CORNEJO DONAYRE, Alberto Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
L.F. Xammar 130, Miraflores -Lima,Perú

Dr. CORNEJO SANCHEZ, Leonardo Facultad de Ciencias Medicas
Universidad Central del Ecuador
Calle Plaza 1129, Quito-Ecuador

Dr. COTLEAR D., Aizic Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
Las Magnolias 2456, San Isidro, Lima-Perú

Dr. CUMPA CARRILLO, Abelardo Facultad de Medicina
Universidad Nacional Técnica de Cajamarca
José Galvez 678, Cajamarca-Perú

Dr. CUBA CAPARO, Alberto Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
Las Magnolias 2412, Urb.Jardín, Lima-Perú

Dr. CHANG PEÑA, Tito Facultad de Medicina,Universidad El Salvador
29 Calle Poniente 108, San Salvador

Dr. CHIRIBOGA, Carlos Facultad de Ciencias Medicas
Universidad Central de Quito
Juan Soverino 524, Quito-Ecuador

Dr. DAVILA MEZA, Miguel Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
Costa Rica 287 - B, Jesús Maria, Lima-Perú

Dr. DELGADO PACHECO, Jesús Facultad de Medicina de Arequipa
Apartado 714 , Arequipa - Perú

Dr. DEZA B., Luis Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
Parque Ayacucho 143,Pueblo Libre, Lima,Perú

Dr. ESCUDERO, Carlos Facultad de Medicina de León
Universidad de Guanajuato
Fuego 408, León-Guanajuato Mexico

Dr. FIGUEROA BARRIOS, Rolando Facultad de Medicina, U.NM.S.M.
Valle Riestra 981, Pueblo Libre, Lima-Perú

Dr. FLORES, Amador Facultad de Medicina, Universidad de Mogollón
Factores Mutuos 488, Colonia Leones
Monterrey-Mogollón, Mexico

Dr. FRAENKEL, Peter	Fundación Ford Parque Washington 125, Lima-Perú	3
Dr. GUAMAN BARRON, Alberto	Fundación Kellogg 250 Champion Street, Michigan, USA	4
Dr. GUZMÁN HEREDIA, Rimmel	Facultad de Medicina Universidad Nacional Técnica de Cajamarca Hospital Docente de Belen, Cajamarca-Perú	
Dr. GUTIERREZ ARANGO, Ernesto	Universidad de Caldas, Colombia Manizales - Colombia	
Dr. GOMEZ LEAL, Alvaro	Facultad de Medicina, Universidad de Mogollón Simón Bolívar 2030, Colonia Mitras, Monterrey Nuevo León, México	
Dr. GOMENZORO, José	Facultad de Medicina, Universidad de Uruguay J. Ellauri 819, Montevideo, Uruguay	
Dr. HADDAD, Jorge	Facultad de Medicina de Honduras Tegucigalpa, Honduras	
Dr. HERRERA, Julio José	Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Cuyo, Hipólito Irigoyen 350, Godoy Cruz, Mendoza Mendoza - Argentina	
Dr. JARPA, Arturo	Universidad de Chile Dra. Eloisa Diaz 5862, Santiago de Chile	
Dr. LANFRANCO LA HOZ, Carlos	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Bolognesi 957, La Punta, Callao-Perú	
Dr. LEON VINNESA, Luis	Facultad de Medicina, Universidad Central del Ecuador Pasaje Andrade Cuello 1131, Quito-Ecuador	
Dr. LEON de, Julio	Facultad de Ciencias Medicas Universidad de San Carlos de Guatemala 31 Av. B, 4-71 Zona II, Guatemala	
Dr. MARDONES, Jorge	Facultad de Medicina de Chile Casilla 12967? Santiago de Chile	
Dr. MARQUES PEREIRA, Francisco de Castillos	Facultad de Medicina de Porto Alegre Universidad Federal Rio Grande do Sur Porto Alegre, Av. Grao Pessaõ 2435 -Brasil	

Dr. MENDILAHARSU, Carlos	Facultad de Medicina, Universidad de Uruguay Av. Instrucciones 948 - Montevideo, Uruguay
Dr. MEDINA, Arnoldo	Facultad de Medicina de Trujillo Av. Huamán 443, Trujillo, Perú
Dr. MELGAR SALMON, Ernesto	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Av. San Miguel 749-B, San Miguel -Perú
Dr. MIRANDA, Hernán	Facultad de Medicina de Trujillo Unión 251, Trujillo - Perú
Dr. MORALES, Armando	Facultad de Medicina de la Paz Goytia 25, La Paz - Bolivia
Dr. MOSTAJO, Jorge	Facultad de Medicina de Cochabamba 25 de Mayo 6121, Bolivia
Dr. MUÑOZ PUGLIESEVICH, Julio	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Bolivar 338, Miraflores-Perú
Dr. NEGHME RODRIGUEZ, Amador	Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina Av. Andrés Bello 1191, Chile
Dr. NEUENSCHWANDER, Carlos	Facultad de Medicina de Arequipa Casilla 714, Arequipa-Perú
Dr. NEYRA RAMIREZ, José	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Av. Brasil 3755, Lima-Perú
Dr. NOVELLO, Sergio	Facultad de Medicina de Mexico Centro Médico Nacional México 5, D.F.
Dr. PACHAS, Milciades	Facultad de Medicina Universidad Nacional Técnica de Cajamarca Cajamarca, Perú
Dr. PAREDES MANRIQUE, Manuel	Facultad de Medicina de Ica Hospital Regional de Ica, Ica-Perú
Dr. PIEDRA SERRANO, Arturo	Facultad de Medicina de Trujillo Av. España 2650, Trujillo-Perú
Dr. POLACK, Moisés	Fundación Roux Ocefa Montevideo 81, Buenos Aires-Argentina

Dr. QUIROS SALINAS, Carlos	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Santa Teresita 271, San Isidro, Lima-Perú
Dr. RIOS CARRASCO, Rubén	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Marpomacocha 142, San Miguelito, Lima-Perú
Dr. ROMERO, Hernán	Facultad de Medicina de Chile Monjitas 454, Santiago de Chile
Dr. ROTONDO, Humberto	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Bolognesi 799, Miraflores, Lima, Perú
Dr. SAN MARTIN FERRARI, Hernán	Universidad de Chile Viña del Mar 3 Norte 247, Chile
Dr. SIFONTES, José E.	Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico Calle G.- 6 Lilas Rios Piedras, Puerto Rico
Dr. SIMOES, Alvaro	Oficina Sanitaria Panamericana Salaverry 722, Lima-Perú
Dr. SANCHEZ, Elard	Facultad de Medicina de Trujillo Borgoño 411-D, Trujillo-Perú
Dr. SKEWES, Eduardo	Universidad de Concepción Los Olmos 1270, Concepción-Chile
Dr. TEJADA GUTIERREZ, Victor	Facultad de Medicina de Arequipa San José 212, Casilla 937, Arequipa-Perú
Dr. UBILLUS, Rodrigo	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Húsares de Junín 1067, Jesús Maria-Perú
Dr. UGARTE, José Manuel	Facultad de Medicina de Chile Escuela de Salubridad, Correo 9, Santiago de Chile
Dr. ULLOA, Luis	Federación Médica Panamericana
Dr. VALDIVIA PONCE, Oscar	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Alfredo Benavides 264, Miraflores, Lima-Perú
Dr. VELASCO C., Luis	Instituto Mexicano de Seguro Social Londres 55, Mexico 21, D.F.
Dr. VELASQUEZ QUEVEDO, Tulio	Facultad de Medicina, U.N.M.S.M. Arica 725, Miraflores, Lima-Perú

- Dr. VILLAFANI, Luis Facultad de Medicina de Sucre
Arenales 207, Casilla 324, Sucre - Bolivia
- Dr. VINATEA de, Jorge Programa Hope
Apartado 629, Trujillo-Perú 10
- Dr. VIÑAR, Marcelo L. Facultad de Medicina, Universidad de Uruguay
Calle Joaquín Nuñez 2946, Montevideo, Uruguay
- Dr. VILLAREAL, Ramón Organización Panamericana de la Salud
525, Street 23 Washington D.C. USA 11
- Dr. Yepes, Eduardo Facultad de Medicina
Universidad Central del Ecuador
Montufar 630, Quito - Ecuador
- Dr. YORI C., Carlos Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
Malecón Balta 830, Miraflores, Lima-Perú
- Dr. Zaidman V., José Facultad de Medicina, U.N.M.S.M.
Santiago Távara 116, Pueblo Libre, Lima-Perú
-

REGLAMENTO

I.- Dirección y organización de la Conferencia.

Artículo 1º.- La "V Conferencia de Facultades de Medicina de Latinoamérica", se realizará en la ciudad de Lima, Perú, del 18 al 21 de octubre de 1967, bajo los auspicios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con tal objeto la Facultad de Medicina de esta Universidad nombró un Comité Organizador, el cual cesará en sus funciones en el momento que se elija al Comité Directivo de la Conferencia. X

Artículo 2º.- La Conferencia estará constituida por cuatro clases de miembros (a) Delegados, (b) Observadores, (c) Invitados especiales y (d) Funcionarios. ✓

Artículo 3º.- Los Delegados serán los Decanos de las Facultades de Medicina de Latinoamérica y los profesores de esas casas de estudios, especialmente acreditados como sus representantes por las Facultades respectivas. ✓

Para los efectos de este artículo, la denominación "Decano", es equivalente a la de "Director" de Facultad o Escuela Médica.

Cada Facultad o Escuela Médica podrá hacerse representar hasta por cuatro delegados, incluyendo al Decano, los que acreditarán su calidad de tales por su inscripción previa en formularios "ad hoc", refrendados por el Decano de la Facultad o Escuela Médica correspondiente. Uno de los miembros de cada delegación, tendrá el carácter de presidente, hecho que deberá comunicarse oportunamente a la Secretaría General del Comité Organizador.

Los delegados tendrán la obligación de asistir a todas las sesiones de la Conferencia, tanto plenarias como de grupo, participar activamente en sus trabajos y colaborar en las comisiones en que se les nombre.

Artículo 4º.- Los Observadores serán los representantes de Organizaciones Nacionales o Internacionales relacionadas con educación médica a las cuales el Comité Organizador estime conveniente in-

220
vitar. Esta atribución del Comité Organizador estará limitada a un máximo de veinte observadores.

Artículo 5º.- Los invitados especiales serán miembros del Comité Organizador, dirigentes de organizaciones nacionales e internacionales o personas a quienes el Comité Organizador invite individualmente a actividades de la Conferencia, o como asesores o ponentes en determinados temas.

Artículo 6º.- Los funcionarios, o sea el Secretario General de la Conferencia y los Secretarios de Grupo serán los encargados de cumplir labores especiales e indispensables para el desarrollo regular de la Conferencia. Serán designados por el Comité Organizador.

Artículo 7º.- Los delegados tendrán todos los derechos inherentes a su calidad de representantes oficiales de sus respectivas Facultades, incluyendo los de voz y voto. Los observadores e invitados especiales no tendrán derecho a voto pero podrán participar en las deliberaciones de los grupos a petición del Director de debates respectivo o en las asambleas plenarias.

Los funcionarios tendrán derecho a participar en las deliberaciones de los grupos y en las asambleas plenarias, pero no tendrán derecho a voto.

Artículo 8º.- La Conferencia estará a cargo de un Comité Directivo constituido de la siguiente manera:

Presidente, elegido en la Sesión Preparatoria.

Vice-Presidentes, constituidos por los Decanos.

Relator General, elegido en Sesión Preparatoria.

Secretario General, será el Secretario del Comité Organizador.

Artículo 9º.- El Presidente de la Conferencia será elegido por los delegados en la Asamblea Plenaria Preparatoria. Le corresponderá presidir el Comité Directivo; dirigir las sesiones inaugural y de clausura, pudiendo delegar esta atribución en los Vice-Presidentes o en otros participantes para las demas asambleas plenarias y velar por el desarrollo normal y buena marcha de la Conferencia.

Artículo 10º.-Los Vice-Presidentes son todos los Decanos de las Facultades de Medicina asistentes a la Conferencia. (20)

Artículo 11º.-El Secretario General de la Conferencia será el Secretario General del Comité Organizador y tendrá la responsabilidad de coordinación, control y administración de la Conferencia. Participará en las comisiones mencionadas en el presente reglamento; tendrá bajo su directa supervisión la Secretaría Administrativa y actuará de secretario en todas las asambleas plenarias de la Conferencia. 2

Artículo 12º.-El Relator General será elegido por los delegados en la Sesión Plenaria Preparatoria. Integrará las comisiones mencionadas en el presente reglamento, dará lectura a los informes conjuntos de los grupos de trabajo en las Sesiones plenarias de Conclusiones y al Informe Final de la Conferencia en la Sesión de Clausura y anotará las observaciones que en ellas se formulen. ✓

Artículo 13º.-La Secretaría Administrativa estará a cargo de uno de los secretarios del Comité Organizador. Deberá, bajo la supervisión del Secretario General, organizar y poner en funcionamiento los siguientes servicios:

- a) Habilidadación y mantenimiento adecuado de salas y locales para la inscripción de participantes, informaciones, sesiones plenarias y sesiones de grupos de comisiones.
- b) Registro de sesiones plenarias y de comisiones.
- c) Reproducción mecanográfica y mimeográfica de la documentación de la Conferencia y distribución oportuna de esta.
- d) Recopilación de informes, relatos y documentos de la Conferencia para su publicación ulterior.
- e) Promoción de relaciones internas y externas de la Conferencia, a través de la atención de los participantes, recepción de ellos y facilidades para sus trámites de regreso, recepción y resolución de reclamos, atención de acompañantes de los delegados, organización de servicios de café y refrescos, organización de visitas y festejos, prensa y publicidad, etc.

El Secretario Administrativo podrá contratar, con la conformidad del Secretario General, el personal necesario y adquirir los equipos y elementos indispensables para el desarrollo de su labor.

II.- Temario de la Conferencia.

Artículo 14º.-El temario de la Conferencia será el siguiente:

TEMA I.-"Modalidad de formación del médico latinoamericano como promotor del desarrollo económico social de su país".

TEMA II.-"La producción y distribución de médicos en Latinoamérica en relación con las demandas demográficas y los problemas de salud".

TEMA III.-"El problema de la emigración de médicos de Latinoamérica al extranjero".

TEMA IV.-"La enseñanza de la psicología y de la sociología en la formación del médico".

III.- Organización del trabajo de la Conferencia.

Artículo 15º.-Las actividades de la Conferencia se desarrollarán en asambleas plenarias, en reuniones de grupos de trabajo y en mesas redondas.

Artículo 16º.-Las asambleas plenarias estarán destinadas a la introducción de los temas y a la lectura y discusión de los informes conjuntos de cada tema. La Comisión Organizadora elegirá los Relatores de introducción a los temas.

Las asambleas plenarias estarán constituidas por los miembros de la Conferencia, definidos en el artículo 2º del presente reglamento.

Artículo 17º.-Se realizará además, una asamblea preparatoria, una inaugural y otra de clausura, presididas, la primera por el Presidente de la Comisión Organizadora y las otras por el Presidente de la Conferencia.

funcionarios de la UDUAL

del Comité Organizador y las dos restantes por el Presidente de la Conferencia.

En la Asamblea Plenaria Preparatoria, junto con la elección del Presidente y Relator General de la Conferencia, se someterá a aprobación el presente Proyecto de Reglamento y se dará información sobre métodos de trabajo y constitución de los grupos. ✓

En la Asamblea Plenaria de Clausura, se dará lectura al informe final de la Conferencia y se procederá a proponer, al organismo directivo de la UDUAL, el temario y la sede la VI Conferencia. *de la siguiente*

15 Artículo 18º.-En las asambleas plenarias destinadas a la presentación de los informes conjuntos de cada tema, habrá discusión, limitándose cada intervención de los miembros de la Conferencia a un máximo de cinco minutos. El Presidente de la sesión procurará que las intervenciones se concreten a aspectos de fondo del informe, tratados en las deliberaciones de grupos y que se hubieren omitido en la redacción de aquel, de modo que no se retrotraiga el debate a la repetición de ideas o planteamientos ya expuestos en el seno de los grupos. En lo que se refiere a deficiencias en la redacción del informe se hará una simple mención de ellas, por escrito al Relator General.

Artículo 19º.-El número de grupos se calculará sobre la base de que cada uno de ellos esté constituido por un máximo de 15 delegados. La asignación de los delegados a los distintos grupos será hecha por el Comité Organizador y comunicada a ellos en la Asamblea Preparatoria. X
Cambiar

Artículo 20º.-Cada grupo será dirigido por un Director de Debates, asesorado por un Secretario y un Relator. ✓

En la primera sesión en la que se instala cada grupo, los delegados que lo constituyen, elegirán un Director de Debates y un Relator por cada tema entre sus miembros delegados. En caso de que lo estimen conveniente, los grupos podrán elegir un Director de Debates y un Relator para todos los temas. El procedimiento de elección será fijado por el propio grupo.

Los secretarios de grupo serán designados por la Comisión Organizadora y permanecerán en funciones durante todo el desarrollo de la Conferencia.

Artículo 21º.-Serán atribuciones del Director de Debates:

- a) Presidir las sesiones de grupo donde se discuta el tema correspondiente.
- b) Estimular la participación e intervención de todos los miembros de grupo.
- c) Circunscribir las deliberaciones dentro de los términos del tema y moderar la discusión y las intervenciones individuales prolongadas, cuando sea necesario.
- d) Procurar acuerdos, resoluciones y recomendaciones del grupo que definen el pensamiento del conjunto de los participantes sobre la materia debatida.
- e) Solicitar del relator del grupo resúmenes parciales y finales de las discusiones del grupo.

Artículo 22º.-Serán atribuciones del Secretario de grupo:

- a) Presidir la sesión de constitución del grupo respectivo y promover la elección del Director de Debates y del Relator.
- b) Informar al grupo sobre técnicas de trabajo e interpretación de las disposiciones del presente reglamento.
- c) Asesorar al Director de Debates en todas sus funciones y especialmente en las señaladas en las letras "b" a "d" del artículo 21º.
- d) Participar en las deliberaciones según le parezca conveniente, en su carácter de asesor general del grupo.
- e) Ayudar al Relator del grupo en la preparación de sus informes
- f) Servir de enlace entre el grupo y el Secretario General de la Conferencia.
- g) Participar en las Comisiones mencionadas en el presente reglamento.

Artículo 23°.-Serán atribuciones del Relator de grupo:

- a) Tomar notas de las ideas fundamentales vertidas en las deliberaciones.
- b) Resumir periódicamente el progreso de las discusiones, durante el desarrollo de éstas y en especial, al pasar de un sub-tema a otro.
- c) Captar el consenso del grupo frente a las materias debatidas, anotando a la vez las opiniones divergentes, sin necesidad de que se sometan a votación.
- d) Participar en las deliberaciones, sin desatender sus funciones.
- e) Presentar a la Comisión de Redacción de su respectivo grupo sus notas y resúmenes escritos y la información verbal que se requiera, como pre-informe para la elaboración del informe definitivo sobre cada tema.
- f) Tomar nota de las observaciones que los miembros del grupo formulen, durante la revisión de sus informes y tramitarlas a la Comisión General de redacción, por intermedio del Relator General.
- g) Participar en las comisiones mencionadas en el presente reglamento.

Artículo 24°.-Los ponentes de temas serán especialistas que han colaborado en la preparación de la información básica sobre el temario y sus funciones serán las siguientes:

- a) Asistir a las reuniones de grupo y prestar asesoría, si fuera necesario.
- b) Coadyuvar a la labor del Secretario General y del Relator General desde el punto de vista técnico y de coordinación.
- c) Colaborar a la redacción de los informes de grupos y del informe final.

Artículo 25°.-Cada tema será discutido en forma simultánea, por los diferentes grupos.

IV.- De las decisiones y acuerdos de la Conferencia.

Artículo 26°.-Corresponde a la Asamblea Plenaria elegir al Presidente y al Relator General de la Conferencia y pronunciarse sobre el reglamento, las conclusiones y recomendaciones de los grupos y el informe final de la Conferencia, y, en general, adoptar toda medida relacionada con el mejor cumplimiento de los objetivos y el normal desarrollo del certamen.

Las decisiones de la Asamblea Plenaria, sobre las materias que requieren votación, se adoptarán por simple mayoría de votos.

Artículo 27°.-En la Asamblea Plenaria, tendrán derecho a voz todos los miembros de la Conferencia. Tendrán derecho a voto solamente las delegaciones de las Facultades de Medicina acreditadas oficialmente como tales. Cada delegación de Facultades médicas tendrá derecho a un voto, que será expresado por el Presidente de la delegación respectiva.

Artículo 28°.-En los grupos de trabajo no habrá votaciones. Las conclusiones de sus debates procurarán expresar la identidad de pensamiento de cada grupo sobre las materias del temario. En caso de no lograrse esa unanimidad se dejará constancia de la opinión de minoría en el informe respectivo.

V.- Comisiones.

Artículo 29°.-Se constituirán las siguientes Comisiones:

- a) Una Comisión Directiva de la Conferencia.
- b) Una Comisión General de Redacción.
- c) Una Comisión de Redacción para cada grupo.

Artículo 30°.-La Comisión Directiva será presidida por el Presidente de la Conferencia y estará constituida en la forma prescrita en el artículo 8° del presente reglamento; se reunirá cada vez que

sea necesario y tendrán las funciones generales de dirección, señaladas en dicho artículo, y, además, las siguientes:

- a) Resolver sobre cambios imprevistos en el Programa de la Conferencia y sobre modificaciones en la asignación de participantes a los grupos.
- b) Adoptar medidas para solucionar reclamos y peticiones de los participantes.
- c) Dictaminar sobre cuestiones de interpretación del presente reglamento.

El Secretario General directamente a través de la secretaría, hará las comunicaciones correspondientes sobre aquellas decisiones que, en una u otra forma, afectan a los participantes.

Artículo 31º.-La Comisión General de Redacción estará formada por el Relator General y por el Secretario General. Esta Comisión se hará asesorar, si lo estima conveniente, por los Secretarios, Relatores de grupo y Ponentes. Tendrán a su cargo la preparación de los informes conjuntos de cada tema y del Informe Final de la Conferencia.

Artículo 32º.-La Comisión de Redacción de cada grupo será presidida por el Director de debates, el Secretario y el Relator correspondiente. Este comité redactará los informes de grupo sobre cada tema y procederá a entregarlos al Secretario General para su reproducción y distribución.

VI.- Desarrollo del Trabajo.

Artículo 33º.-Cada tema será presentado en Asamblea Plenaria, por ponentes especialmente designados por el Comité Organizador. El relato no excederá de 30 minutos y deberá ser una síntesis general del conocimiento actual sobre cada tema y de planteamiento de los problemas existentes sin que se formule indicación alguna sobre posibles soluciones. En las sesiones de introducción al temario no habrá discusión.

Artículo 34º.-A continuación cada grupo de trabajo discutirá simultáneamente el mismo tema, hasta llegar a conclusiones que expresen el pensamiento del conjunto de participantes sobre la materia debatida.

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

Artículo 35º.-Preparación, conocimiento y revisión de los informes de grupo. Las Comisiones de Redacción de grupo, redactarán los informes de cada grupo sobre el Tema en discusión. Estos documentos serán entregados al Secretario General para su reproducción y distribución.

Cada grupo revisará el informe preparado por su Comisión Redactora y conocerá los de los grupos restantes, pronunciándose sobre su propio informe.

Artículo 36º.-Informe del conjunto de los grupos sobre cada tema. Los informes revisados de los grupos pasarán al Relator General quien convocará al Comité General de Redacción para que este reuna las opiniones de ellos en un sólo documento, que será el Informe conjunto de los grupos sobre el Tema en particular.

Artículo 37º.-Aprobación de los informes de la Conferencia. En Asamblea Plenaria, se discutirán y aprobarán los informes conjuntos de cada Tema, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 16º, 18º, 26º y 27º del presente reglamento.

Artículo 38º.-Los asuntos no contemplados en este reglamento serán resueltos por el Comité Directivo de la Conferencia de acuerdo con el espíritu expresado en el articulado anterior.

P R O G R A M A

Miercoles 18 de octubre

- 4:00 á 6:00 p.m. Registro, en la Oficina Central de la "V Conferencia" (Av. Grau 755)
- 7:00 á 9:00 p.m. Cocktail de bienvenida ofrecido por el Comité Organizador, en honor de las delegaciones visitantes.

Jueves 19 de octubre

- 9:00 á 10:00 a.m. Sesión plenaria preparatoria para la elección del Comité Directivo de la Conferencia, del Relator general y para la aprobación del Reglamento de la misma.
- 10:00 á 11:00 a.m. Sesión plenaria de inauguración.
- 11:00 á 11:15 a.m. Café
- 11:15 á 12:15 p.m. Sesión plenaria para introducción al TEMA I: "Modalidades de formación del médico latinoamericano, como promotor del desarrollo económico social de su país".
- Ponentes: Dr. Ignacio Morones y
Dr. Sergio Novello (Mexico)
Dr. Gonzalo Aguirre (Mexico)
- 12:30 á 1:30 p.m. Almuerzo, en el local central de la Facultad de Medicina.
- 1:30 á 3:30 p.m. Trabajo en grupos sobre el Tema I.
- 3:30 á 3:45 p.m. Café
- 3:45 á 5:30 p.m. Trabajo en grupos sobre el Tema I.

- 5:30 á 7:00 p.m. Reunión de la Comisión de Redacción de cada uno de los grupos, para preparar el respectivo informe sobre el Tema I.
- 7:00 á 8:00 p.m. Reunión de la Comisión General de Redacción para redactar el informe final del Tema I.

Viernes 20 de octubre

- 9:00 á 10:00 a.m. Sesión Plenaria para introducción del TEMA II : "La producción y distribución de médicos en latinoamerica en relación c con las demandas demográficas y los problemas de salud"
- Ponentes: Dr. Hernán Romero (Chile)
Dr. Luis A. León (Ecuador)
Dr. Carlos Quirós (Perú)
- 10:30 á 10:45 a.m. Café
- 10:45 á 1:00 p.m. Trabajo en grupos sobre el Tema II.
- 1:00 á 2:00 p.m. Almuerzo, en el local central de la Facultad de Medicina.
- 2:00 á 3:00 p.m. Trabajo en grupos sobre el Tema II
- 3:00 á 3:15 p.m. Café
- 3:15 á 5:00 p.m. Primera Mesa Redonda "El problema de la emigración de médicos de Latinoa América al extranjero"
- Ponentes: Dr. Ramón Villareal (México)
Dr. José Felix Patiño (Colombia)
Dr. Washington Buño (Uruguay)
- 5:00 á 6:30 p.m. Reunión de la Comisión de redacción de cada uno de los grupos para preparar el respectivo informe sobre el Tema II.
- 6:30 á 8:00 p.m. Reunión de la Comisión General de Redacción para redactar el informe final del Tema II.

Sábado 21 de octubre

- 8:30 á 10:00 a.m. Sesión plenaria para presentar los informes finales, sobre los temas I y II.
- 10:00 á 10:15 p.m. Café
- 10:15 á 12:00 m. Segunda Mesa Redonda: "La enseñanza de la psicología y de la sociología en la formación del médico".
- Ponentes: Dr. Hernán San Martín (Chile)
Dr. Alfonso Millán (México)
Dr. José E. Miguens (Argentina)
Dr. Humberto Rotondo (Perú)
- 12:00 á 1:00 p.m. Sesión plenaria para discusión de propuestas de temario y sede de la "VI Conferencia", para ser presentadas al organismo directivo de la UDUAL.
- 1:00 á 2:00 p.m. Almuerzo en el local central de la Facultad de Medicina.
- 2:00 á 3:00 p.m. Sesión plenaria de clausura.

NOTA: Todas las Sesiones Plenarias y las Mesas Redondas se realizarán en el Paraninfo de la Facultad de Medicina (Av. Grau 755). Las sesiones de los grupos de trabajo se efectuarán en locales especialmente acondicionados para cada uno de ellos, en el local central de la Facultad, de acuerdo al plano que acompaña a este programa.

TEMA I: "MODALIDADES DE FORMACION DEL MEDICO
LATINOAMERICANO COMO PROMOTOR DEL
DESARROLLO SOCIAL DE SU PAIS".

PONENTES:

*Dr. Ignacio Morones Prieto y
Dr. Sergio Novello (México)
Dr. Gonzalo Aguirre (México)*

RELATOR GENERAL:

Dr. Gonzalo Aguirre B. (México)

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Neyra R. (Perú)

TEMA I: "MODALIDADES DE FORMACION DEL MEDICO LATINOAMERICANO
COMO PROMOTOR DEL DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL DE SU PAIS"

Dr. Ignacio Morones Prieto(*)
Dr. Sergio Novelo (Mexico)**)

La formación del médico latinoamericano, como promotor del desarrollo económico y social de su país, es un tema de tanta urgencia, importancia y necesidad, que los organizadores de esta V Conferencia de Facultades de Medicina de Latinoamérica, consideraron necesaria su inclusión en el programa de la misma.

Disertar sobre este tema, justificaría un sentimiento de inquietud, si no fuera porque confiamos en que los conceptos que expresamos están fincados en el mas profundo interés por contribuir a la búsqueda de soluciones para los graves problemas que promover la salud del pueblo representa para los países latinoamericanos, conjugado con la importancia vital de alcanzar, con ritmo acelerado, el desarrollo social de su comunidad, armónico y paralelo con el desarrollo económico del país.

Traemos, además, nuestra profunda convicción de que la seguridad social, tal como se concibe en México, es un programa de acción en beneficio del individuo y de la comunidad, que agrupa no solamente la satisfacción de los elementos que integran el concepto moderno de salud, sino que contempla, como una de sus consecuencias, la promoción de desarrollo social y económico. La seguridad social es un elemento básico de la justicia social que nuestros pueblos reclaman, y requiere, tanto en su contenido doctrinario como en sus realizaciones prácticas, ampliar los esquemas tradicionales de los seguros, y no limitar su acción a un simple sistema para impartir asistencia médica, sino extender sus objetivos y fijar sus metas en una protección integral, que promueva la creación de condiciones materiales y ámbitos de existencia propicios al desarrollo social de la comunidad. Cabe recordar, que los precursores de la democracia latinoamericana ya pensaban, desde el siglo XIX, que el desarrollo social y económico era consubstancial con nuestras ideas de la democracia. Simón Bolívar pedía en 1819 "producir la mayor suma de seguridad social y la mayor suma de estabilidad política", y José María Morelos en 1814 hablaba de "moderar la opulencia y la indigencia y aumentar el jornal del pobre.

(*) Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social.

(**) Jefe de Enseñanza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sugerir sobre las modalidades de formación del médico latinoamericano, para cumplir lo mismo con su papel de elemento primordial en el fomento de la salud, que el de promotor del desarrollo social y económico de los países obliga a una profunda reflexión, para tratar de encontrar cuáles serían los puntos de referencia, y de análisis, que permitieran formular algún juicio. Hemos considerado que, entre algunos otros motivos de estudio, podrían ser fundamentales en primer término las modificaciones que se han producido en la doctrina social de la medicina; en segundo lugar, y no por ello menos importante, los avances que en sus bases científicas y tecnológicas ha alcanzado la medicina en los últimos decenios, y por último, los factores individuales de ejercicio profesional de los médicos, frente a las modificaciones de los conceptos sociales y los avances de la medicina. En otras palabras, pensamos que la sugestión de modalidades en la formación del médico latinoamericano sería fincada en bases incompletas sino conjuga armónicamente las necesidades de servicio de los pueblos, con los adelantos de la ciencia médica y con las perspectivas del médico para cumplir adecuadamente su misión profesional y social.

El panorama socio económico de la América Latina ofrece muchos puntos de similitud entre los diversos países, y escasos matices de diferencia. En la reunión de Jefes de Estado celebrada este año en Punta del Este, Uruguay, el Presidente Constitucional de México, Lic. Gustavo Díaz Ordaz, expresó, entre otros conceptos, que "no se borra de nuestra mente la dolorosa realidad de que todavía, en nuestros países, hay núcleos de población que lo único que tienen en abundancia es hambre, enfermedad e ignorancia... El desarrollo económico no es un fin en si mismo, es un medio para lograr el avance integral y armónico de nuestras comunidades, de conquistar el bienestar de los hombres que las integran, elevando sus condiciones espirituales y materiales... No es deseable un desarrollo que produjera grandes beneficios a unos cuantos y no aprovechara a las mayorías: el desarrollo económico debe, necesariamente, conjugarse con la justicia social"...

Expresiones de este tipo no corresponden, indudablemente, a simples fórmulas de retórica, sino constituyen la expresión auténtica de la voz de los pueblos de Latinoamérica, que anhelan alcanzar en forma celerada, en pocos años, lo que otros países en condiciones diferentes pudieron obtener en una lenta y prolongada evolución. Por ello, y por la convicción de que abandonar la solución de los problemas socio económicos de la América Latina a la evolución y a la interacción libre y natural de los fenómenos solamente conduciría a agrandar, aún más, las diferencias entre las minorías que tienen acceso a los beneficios de la cultura y las mayorías que carecen de casi todo, pensamos que debe planearse cuidadosamente la formación de los médicos, para adaptarlos a las necesidades de fomentar la salud y promover el desarrollo socio económico que nuestros pueblos requieren. La responsabilidad de esta planeación no puede ser unilateral, sino debe comprender los juicios y las opiniones de todos los sectores interesados.

EL CONCEPTO DE LA SALUD

La medicina, elemento primordial en la promoción de salud, no podía quedar rezagada en la doctrina de justicia para el hombre, que fué integrada a

partir de la Segunda Guerra Mundial. Así, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, formulada en París en 1948, permitió, a los países signatarios de la misma, proclamar que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica..." La Organización Mundial de la Salud enriqueció el alcance social de la medicina, al definir la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez". Concebida en estos términos la salud alcanza una verdadera finalidad social, que rebasa ampliamente los límites tradicionales del ejercicio de la medicina individualista.

En el preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud quedó reconocida la importancia de la misma como elemento fundamental en la promoción del desarrollo social y económico, como "una fuerza social poderosa que impulsa firmemente la elevación del nivel de vida, exige el mejoramiento de la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo y la educación y fomenta el desarrollo de los recursos necesarios de los que depende el mantenimiento de este progreso". "Decir que la salud de un pueblo es su riqueza no es una mera frase... la geografía de la mala salud es también la geografía del hambre y de la ignorancia. Muestra los límites de las regiones insuficientemente desarrolladas y presenta un cuadro del círculo vicioso: enfermedad-pobreza-producción insuficiente - desnutrición-enfermedad. Es fácil ver dónde debe romperse el círculo vicioso; cómo hacerlo, no es tan sencillo..."

En síntesis, las últimas décadas han visto un impulso vigoroso por satisfacer situaciones de auténtica justicia social, y el concepto doctrinario de la salud ha sobrepasado ampliamente los límites de la medicina curativa, contenido tradicional del ejercicio individualista y liberal, para alcanzar las metas de una promoción integral de salud, vector indispensable para el desarrollo social y económico de la comunidad. Esto, indudablemente, modifica el ámbito de actuación del médico, y exige modalidades en su formación profesional que lo coloquen en el mismo enfoque de problemas que el avance doctrinario del concepto de la salud y de los alcances de la medicina. Salud, medicina y médico, tienen un papel definido en esta etapa de reivindicaciones sociales de la comunidad, y ni el médico puede divorciar el sentido de su trabajo individual de las metas de la salud del pueblo, ni la medicina cumplirá su papel de promotora de salud sin el concurso de la clase médica.

LOS AVANCES CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS DE LA MEDICINA .

Suele expresarse, sin exageración, que la medicina ha progresado a un ritmo vertiginoso durante los tres ó cuatro últimos decenios. Las aportaciones de las ciencias exactas han permitido desentrañar muchos fenómenos biológicos, dando lugar a descubrimientos de aplicación inmediata en los problemas de prevención de enfermedades, restitución de la salud y rehabilitación de los pacientes. Al tratar de las modalidades de formación del médico latinoamericano, todo análisis sería incompleto si no considera el sentido de institucionalización, de trabajo en grupo,

en el ejercicio profesional, como una consecuencia del progreso técnico y científico de la medicina.

Por impresionante que sea lo que la medicina ha ganado en ciencia y lo que ha prograssado en tecnología, siguen existiendo principios universales de ejercicio profesional que ligan estrechamente al médico con el paciente. Es motivo de queja común y frecuente, lo mismo en el ejercicio individual de la medicina que en la práctica institucional, que los pacientes están cada vez menos ligados al médico, y que reciben la simpatía, la comprensión humana y el afecto, en dosis decrecientes. Hay quienes consideran, inclusive que esta situación es una consecuencia de la llamada socialización, institucionalización ó impartición de la medicina por el Estado. El hecho real es que la queja existe, lo mismo en los países que conservan un ejercicio profesional básicamente individualista y liberal, que en aquellos que han extendido, en mayor o en menor amplitud, los servicios médicos institucionales. El defecto, si así pudiera calificársele, no es consecuencia de sistemas, sino un deterioro de relaciones entre personas y, probablemente, su causa fundamental puede situarse en el avance mismo de la ciencia médica, que no ha sido debidamente comprendido por los pacientes, quienes sólo han recibido informaciones parciales sobre la indispensable reorganización de los esquemas tradicionales de relación entre el médico y el enfermo, impuestos por los adelantos de la medicina. Mientras mayor sea el progreso de las técnicas sanitarias, de los procedimientos de diagnóstico y de terapéutica para restituir la salud, y las posibilidades de rehabilitación, tanto más se aleja el médico, como individuo, de la posibilidad de dominar el manejo de muchas técnicas y de poseer conocimientos suficientes en todos los terrenos de la medicina. En consecuencia, se hace necesaria la relación estrecha entre diversos médicos y profesionales auxiliares, que permita el complemento mutuo de unos y de otros en beneficio de quien, en última instancia debe ser el motivo de todos los adelantos de la ciencia y de la tecnología, en beneficio del Hombre. Dicho en otras palabras, la ampliación y la diversificación de los conocimientos ha sobrepasado la capacidad individual del médico para poseerlos, pero ésto, ni empequeñece ni deteriora la importancia de su participación individual en los programas para promoción de salud a la comunidad, ni mucho menos debe afectar la capacidad humana del médico para acercarse al individuo, y a la comunidad, con un poco, o con un mucho de ciencia, pero siempre con mucha conciencia de la importancia eminente de su labor social.

Los progresos técnicos y científicos de la medicina han impuesto la conveniencia del ejercicio institucional, de la práctica médica por grupos de trabajo, en la cual deben quedar debidamente estructuradas y jerarquizadas las participaciones de los médicos en lo individual. La institucionalización de la medicina no tiene porqué ser convertida en un factor negativo dentro de las relaciones médico-paciente.

Si, por un lado, aceptamos el gran adelanto de los conceptos sociológicos, el derecho a la salud, y la relación estrecha entre la promoción social y el progreso económico con el otorgamiento de los máximos beneficios de la medicina a la comunidad, y por otro, los notables progresos de la ciencia médica, resulta necesaria la conclusión de que las modalidades de formación del médico latinoamericano requieren ser modificadas para cumplir su papel en esta etapa de justicia social para los pueblos, y deben ser ajustadas para darle una preparación

profesional que conserve todo lo valioso, imponderablemente valioso, de la medicina tradicional, y la aune el valor de las proyecciones sociales y médicas de la medicina actual.

Faltaría por conjugar en este complejo conjunto de factores técnicos, científicos y sociológicos, la importancia del médico como individuo, y lo que sea necesario para fortalecer su participación, en forma convencida y entusiasta, en el fomento de la salud y la promoción social y económica de los países.

EL PAPEL DEL MEDICO ANTE LA SOCIEDAD

Hace varias décadas, cuando el contenido de la doctrina social de la medicina estaba limitado a la atención de enfermos y a la medicina eminentemente curativa, el médico orientaba su preparación y su trabajo profesional a conquistar la máxima dignidad como individuo, y a la mejor perspectiva de satisfacción económica por sus actividades. Consecuentemente, antes de los progresos fundamentales de la ciencia médica, la mayor parte de los profesionales se dedicaban al ejercicio de la medicina general, y no desdeñaban ofrecer sus servicios en comunidades de mediana población. El progreso de la medicina, la legítima ambición humana del médico por realizar un trabajo de mayor mérito científico, mayor relevancia social y mejor remuneración, lo condujeron a dos consecuencias obligadas: el buscar singularizarse mediante la especialización y el desarrollar su ejercicio profesional en poblaciones cuyo número de habitantes le permitieran un mayor volumen de trabajo especializado y una mejor retribución económica. A tal grado ha sido natural esta tendencia que se alcanzaron situaciones extremas muy conocidas: la concentración de los médicos en las zonas urbanas, y la gran escasez de ellos en las comunidades rurales. De similar, o aún mayor, importancia negativa para el desarrollo de programas de asistencia médica que permitieran ofrecer a toda la población servicios oportunos y eficaces, ha sido la caótica formación de los tipos y los números de médicos especializados, que ha permitido niveles extremos de gran carencia en algunas especialidades fundamentales, y de sobreabundancia en otras disciplinas. El panorama se agrava cuando se contempla cómo se ha creado progresivamente, muy en lo particular entre los profesionales jóvenes y entre los estudiantes de medicina, un sentimiento de desdén y de menosprecio hacia la medicina general, y una valoración hipertrofiada de la importancia de la especialización. Podría afirmarse, sin necesidad de mostrar estadísticas, que estas tendencias no corren paralelas a los sistemas de impartición de servicios médicos, y que lo mismo son motivo de profunda preocupación por los países que aún conservan un gran volumen de ejercicio liberal de la medicina, que por aquellos que imparten medicina estatal o institucional.

Cabría agregar un intento de análisis del porqué se han fortalecido estas tendencias. Podría, en primer término, alzarse la pregunta de que tanto ha influido en el pensamiento de las jóvenes generaciones, la importancia que en la enseñanza de la medicina se ha concedido a las ciencias básicas, que despierta la aspiración en el estudiante para convertirse mucho más en un científico que en un médico; más en un investigador, anhelante del prestigio académico, que en un

promotor de salud para la comunidad; más que en un profesional que disponga de elementos materiales y de equipo óptimo para una medicina científica, que en un médico que abunde en conocimientos para el ejercicio de una medicina promotora de salud. En una palabra, es mayor la tendencia a destacar en la medicina curativa y en la investigación, que a interesarse por la promoción de la salud; es mayor el deseo de labrarse un prestigio individual y una situación económica, que el de contribuir, en un casi anonimato, a resolver problemas vitales para los países.

Hasta podría suponerse que existieran dos tendencias antagónicas, quizá hasta dos campos irreconciliables. Esto, pensamos nosotros no es cierto. Lo que existe es incomprensión, es un escaso entendimiento de algunos hechos y una exageración de la importancia de otros factores. Todo médico aspira a ser útil, lo mismo al individuo que a la colectividad. Todo médico aspira a ver satisfecha su dignidad profesional y a tener asegurada su estabilidad económica. Todo médico desea ser un investigador, y ayer lo era solamente en los aspectos científicos de la biología y de la medicina. Hoy, además de esto, debe serlo de los problemas sociológicos y ecológicos del individuo y de la comunidad. Podríamos afirmar que, debidamente estimulado, todo médico aceptará su papel de ser a la vez un estudiante permanente y un profesor sin descanso. De estudiar continuamente en el mejor de los libros, en la más útil de las aulas, la más importante de las elecciones: la que el pueblo le ofrece con sus necesidades y carencias. Será, también, un profesor permanente, lo mismo para sus compañeros en la tarea de fomentar la salud, que para los miembros de la comunidad que requieren ser enseñados a superar sus problemas sociales y económicos.

Si brillante fué ayer el papel y la personalidad del médico dentro del marco de la medicina curativa, de la investigación científica y de las actividades académicas, no es menos relevante y de menor prestancia el papel que le pide la era actual. Por otro lado, en una adecuada organización de la medicina institucional, no se anulan ni se invalidan las posibilidades individuales del médico para destacar dentro de su profesión. Por el contrario, tanto mejor y más extendida sea la organización institucional, tanto más se favorece su superación permanente y su singularización por méritos propios, ajenos a los factores extra médicos, que en no pocas etapas de la medicina en nuestros países, han sido determinantes para el engrandecimiento de algunos médicos y la anulación de otros.

EL MEDICO QUE LATINOAMERICA NECESITA

Para armonizar los avances doctrinarios en el concepto de salud, los adelantos científicos de la medicina y la satisfacción individual y colectiva del gremio médico, debe promoverse la formación de profesionales que tengan un conocimiento suficiente de las bases científicas de la biología aplicables a la práctica médica, e imbuir en el estudiante el espíritu científico y la capacidad de raciocinio para enjuiciar los conocimientos que le han sido transmitidos. Debe, asimismo, fomentarse la capacidad de investigación, para estudiar los problemas

de los individuos y de las comunidades, de los factores del medio ambiente en que actúa, para aportar elementos de juicio que permitan el progreso social y el fomento económico. Debe ser preparado para comprender la necesidad de integrarse en grupos de trabajo, organizados para favorecer el máximo de aprovechamiento de la capacidad y el entusiasmo de todos sus componentes. Debe, además, recibir instrucción suficiente sobre los problemas de la comunidad en la cual actúa, y estar consciente de la importancia de su participación activa en la dinámica del progreso social.

Por otro lado, las instituciones que tienen bajo su dependencia la promoción de la salud, el desarrollo social y económico, deben contemplar al médico como un elemento básico en estos procesos sociales, y preocuparse profundamente porque adquiriera una preparación adecuada a lo que de él se pide, que mantenga el adiestramiento recibido, y que lo incremente progresivamente en función de la evolución de los conocimientos médicos, sociales y de las situaciones económicas.

Hemos intentado exponer los factores que deben determinar las modalidades de formación profesional que permita al médico cumplir con su misión en los programas de desarrollo social y económico de los países latinoamericanos. Estamos convencidos de que los puntos de vista expuestos distan mucho de ser completos, pero nos llevan a sugerir ante esta V Conferencia de Facultades de Medicina de Latinoamérica algunas conclusiones generales, dado que no nos sentimos con la autoridad docente, para expresar programas concretos de enseñanza.

CONCLUSIONES

LA FORMACION DEL MEDICO LATINOAMERICANO DEBE AJUSTARSE A LAS NECESIDADES DE SERVICIO MEDICO QUE IMPONE EN SUS PAISES LA FILOSOFIA DE LA SALUD, DEL PROGRESO SOCIAL Y DEL DESARROLLO ECONOMICO.

PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS ANTERIORES SE REQUIEREN MODIFICACIONES EN LOS SISTEMAS TRADICIONALES DE ENSEÑANZA PROFESIONAL. ENTRE ESTAS SE SUGIEREN LAS SIGUIENTES:

1º- La utilización racional, armónica y coordinada de todos los elementos humanos y materiales que permitan un óptimo desarrollo de la enseñanza.

2º- Los programas de enseñanza de la medicina deben comprender todo lo necesario para vincular el ejercicio profesional con la doctrina social de nuestros países, con los adelantos técnicos y científicos de la medicina y con las necesidades de salud y promoción social y económica.

3º- En la formulación de modificaciones a los programas de enseñanza deben considerarse los elementos de juicio de las Universidades, de las Instituciones de Servicio y de los profesionales actuales y futuros.

4º- Debe fomentarse la enseñanza médica permanente y la de postgrado, lo mismo para la educación progresiva del médico general que para la formación de los tipos y números de médicos especializados que requiere la práctica de la medicina institucional.

5º- Debe fomentarse la vinculación de las Facultades de Medicina con las Instituciones encargadas de los programas de salud y de promoción social y económica, para alcanzar, dentro del respeto a los ámbitos propios de autonomía y organización de las Universidades y de las Instituciones, las condiciones que favorezcan mejor el interés de la sociedad, por disponer de los profesionales mejor capacitados para las funciones señaladas.

6º- Tanto las Instituciones de Servicio como las Universidades deben preocuparse por difundir los principios doctrinarios de la salud y el desarrollo social y económico a todos los núcleos de población. Esta labor es urgente y necesaria para promover la comprensión de sus habitantes sobre las relaciones estrechas entre salud y progreso de la comunidad, y para evitar las distorsiones en la opinión pública que aún dificultan la labor de los equipos de trabajo médico.

Las sugerencias anteriores no pretenden conducir a una utopía, ni ser el reflejo de una ambición exagerada. Creemos necesario asegurar que estamos convencidos de que el esfuerzo conjugado y tenaz de las Universidades, las Instituciones y el Pueblo, permitirá alcanzar estas metas de salud pública y acelerar el desarrollo social y económico, y que, como uno de nosotros (Ignacio Morones Prieto) expresó recientemente en la XVI Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, "será capaz de superar--más allá de las ideologías, más allá de los regímenes políticos los conflictos que aún dividen a los hombres, llevando el progreso material y la tranquilidad espiritual a todos los hogares y a todas las comunidades y contribuyendo, de manera ejemplar, a la convivencia armónica y a la solidaridad entre los individuos y entre las naciones, dentro del esfuerzo universal por fortalecer la dignidad del hombre y garantizar la libre determinación de los pueblos en la tarea común de la paz".

TEMA I: "MODALIDADES DE FORMACION DEL MEDICO LATINOAMERICANO
COMO PROMOTOR DEL DESARROLLO ECONOMICO SOCIAL DE SU PAIS"

Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán
(México)

El centro de interés que domina nuestra época parece ubicarse, cada vez con mayor fortaleza y solidez, en la esfera económica de la vida social. De hace unas cuantas décadas a la fecha todos los aspectos culturales ó estructurales, bien sean educativos, religiosos, artísticos ó de bienestar, inevitablemente son referidos a sus conexiones económicas. Se sigue así, en una ó otra forma, las proposiciones originalmente formuladas por los teóricos del desarrollo que, como es sabido, hacen derivar los sistemas é instituciones de la sociedad de su base económica. La medicina y la salud pública, desde luego, no han podido escapar a esta tendencia y en el curso de los últimos años se han visto obligadas a incluir, en los temas que reclaman su atención, aquellos que consideran los lazos que hay entre la prevención y la curación de enfermedades y accidentes, o dicho con otras palabras, entre el estado de salud y nutrición de un pueblo y las condiciones de su desenvolvimiento económico.

El tema que tengo encomendado desarrollar en esta V Conferencia de Facultades de Medicina contiene evidentemente la preocupación aludida. Se compone de dos capítulos esenciales. Uno concierne al rol del médico como promotor del cambio económico y social; otro a la modalidad que debe tomar su formación en las escuelas de medicina latinoamericanas para que pueda cumplir satisfactoriamente con las funciones adicionales que le impone la expansión de ese rol. El primer capítulo implica el requerimiento de que el médico, cuya especificidad funcional delimita el campo privativo de su actividad a las condiciones de salud y enfermedad, se introduzca en la arena apasionante del desarrollo económico para lo cual no se encuentra adiestrado. El segundo capítulo implica el requerimiento de que el curriculum de la carrera médica contenga materias y técnicas que capaciten al estudiante para intervenir como factor consciente en el desarrollo económico y social de su país. Pero, además, entraña la sugerencia de que el médico latinoamericano, a diferencia de los médicos de otros países, en lo particular de los altamente industrializados, está obligado a recibir una formación profesional, de modalidad peculiar, debido al contexto dentro del cual actúa.

En efecto, tanto la formación profesional del médico latinoamericano cuanto el éxito de su intervención como factor que pueda contribuir al desarrollo económico y social de su país dependen, en gran medida, de la estructura que caracteriza a Latino América y que encuentra su más clara expresión en los países comprendidos en lo que con toda razón ha dado en llamarse Mestizo América: México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia. La presencia, en esos últimos países de una población cam-

pesina de cultura india en número realmente considerable y el hecho de que ese grupo de población se encuentre sometido en situación de franca subordinación al resto de la población nacional en su mayoría urbano, hace que los países mestizoamericanos ostenten como rasgo propio de su estructura una coyuntura social que ha sido justamente calificada como dual. En esos países coexisten dos grupos de población que, no obstante participar en modos de vida sociales, culturales y económicos que difieren grandemente, se articulan en un plexus de relaciones y configuran un sistema social único con rasgos sociológicos particulares.

Ocupando una parte del territorio, o compartiéndolo con el grupo domianate, se halla la población indígena compuesta por un mundo heterogéneo de comunidades separadas entre sí por diferencias en su desenvolvimiento tecnológico, en su organización social, en sus formas artísticas, religiosas, en sus sistemas de habla y por otros rasgos más. El número de lenguas nativas que se utilizan como vehículo expedito de comunicación entre las comunidades indias es cuantioso en todos los países mestizoamericanos. A veces la denominación general que toma un idioma oculta la existencia de variaciones dialectales; pero éstas pueden ser tantas que imposibiliten el intercurso entre quienes se supone que poseen la misma lengua y, en todo caso, aun cuando los dialectos sean inteligibles entre sí, sus diferencias representan serios obstáculos en la elaboración de cartillas y material didáctico destinado a la alfabetización.

A este respecto, tal vez el rasgo más importante en la cultura de esas comunidades es la ignorancia que generalmente padecen de la lengua nacional. Un gran número de indios es monolingüe en lengua nativa y no habla, o habla imperfectamente, el castellano. Aprende la lengua nacional como idioma secundario y de él sólo adquiere el vocabulario mínimo que le permite satisfacer algunos de los contactos indispensables con los extraños al grupo propio. La comunicación de las comunidades indias entre sí y la de éstas con la sociedad nacional comprensiva son lo suficientemente malas como para construir una poderosa barrera que aísla a los indios entre sí y de la sociedad nacional y provoca una serie de equívocos y mal entendidos que contribuyen a mantener tensas las relaciones entre los diferentes etnias que habitan el territorio patrio.

Aun en los casos en que el idioma no es grave impedimento los indígenas no conforman, por lo regular, agrupaciones mayores que la constituida por la comunidad parroquial; a veces su mundo está configurado por el linaje, ayllu ó calpul que se expande cuando lo hace hasta la magnitud de un pueblo o llacta. Al tamaño reducido están unidos otros rasgos característicos: las comunidades, por lo general, son autosuficientes y autocontenidas, es decir, la especialización es rudimentaria, todos los miembros económicamente activos del grupo se dedican a la agricultura, la ganadería, la pesca y otras actividades primarias y tanto los hombres cuanto las mujeres ocupan los tiempos perdidos en artesanías de subsistencia. La economía gira en torno a los principios de la reciprocidad y la redis-

tribución; principios que facilitan el intercambio de la mano de obra y el trabajo comunal no asalariado así como la concurrencia a fiestas, en las que todos participan y en las que se consumen grandes cantidades de alcohol y de alimentos ricos en proteínas animales.

Un número considerable de esas comunidades merecen el calificativo sugerente de sacras con el que se las designa por seguir normas tradicionales en el pensamiento y en la acción; forman círculos de propagación cerrados con base en la endogamia de grupo y tienen un estilo de vida suyo en el que la magia y la religión gobiernan las acciones humanas y constituyen los instrumentos más poderosos de control social y la base en que subyace el complejo de la medicina folk. Esta última no es una entidad aislada del hecho social sino parte integrante del mismo, tan inextricadamente engranada con las partes restantes que magia, religión, control social y medicina no pueden ser abstraídos para su consideración y tratamiento aislados. Deben ser examinados como un todo, teniendo siempre en cuenta que cualquier cambio que se pretenda introducir en una de las partes tiene más probabilidades de lograr sus metas si va aparejada a cambios concomitantes en las partes restantes y en el todo.

Ese mundo, en parte muy primitivo, en parte muy aculturado, pero en cualesquier de los casos rezagado en la evolución general del país, forma lo que los sociólogos europeos llaman el sector arcaico de la población. Frente a él se levanta el conglomerado mayoritario de la sociedad nacional, orientado hacia la modernización y urbanización de sus modos de vida, con noción y sentido de pertenecer a una nación, a un agrupamiento humano comprensivo radicado en un territorio extenso que reclama como propio. En los países mestizoamericanos este grupo de cultura nacional en ocasiones es minoritario pero, aun siéndolo, sociológicamente se le tiene por mayoría por ser el grupo que domina sobre la multiplicidad de comunidades indias independientes de cultura plural. Es parte integrante del mundo occidental y trata de seguir, en cuanto está a su alcance, las formas económicas y sociales de la época y la tabla de valores que la rige. Los sociólogos europeos llaman a ese grupo el sector moderno de la población.

Entre los sectores arcaico y moderno de la población nacional de los países mestizoamericanos existe una articulación, construida en los lejanos tiempos del dominio colonial, que estructuró una sociedad dividida en castas. La población originalmente europea y quienes se consideran directos descendientes de ella se sitúan en la escala social en posición superordinada, como élite gobernante, y sujetan a la población originalmente americana y a quienes consideraron como directos descendientes de ella a una posición de subordinación de la que no han podido salir completamente, ni aun en aquellos países que sufrieron una revolución social con profunda alteración en sus estructuras. En las regiones interculturales de refugio, donde indios y no indios conviven comensalmente, la coyuntura de castas subsiste y estorba la integración de la población arcaica a la sociedad nacional al mantenerla aislada y diferente.

La barrera de casta y la heridura cultural que pone a los dos sectores de población en distintos lugares y posiciones de la estratificación y la vida nacionales, no obstante su reciedumbre y profundidad, no han podido impedir la mutua influencia de ambos mundos en conflicto. Por ello el sector arcaico, el de los indios campesinos de cultura agraria tradicional, no tiene, de manera alguna, el contenido cultural que los europeos descubrieron al establecer sus colonias de explotación en América, ni tampoco el que recién llegados, impusieron a la población vencida. El proceso de aculturación introdujo y sigue introduciendo en incesante operación, un agregado de rasgos y complejos culturales europeos que modificaron y están modificando todavía la vieja y rudimentaria tecnología, la organización política y religiosa, las formas de expresión artística, la visión del universo y el sistema de valores de los pueblos primitivos. El sector arcaico de la población, penetrado por elementos modernos, es cada vez menos autosuficiente y menos autocontenido, pero continúa en su antigua posición de subordinación sujeta a las contingencias degradantes del proceso dominical.

En los países mestizoamericanos el sector moderno de la población no ostenta los rasgos sociológicos que definen a la población de los países altamente industrializados; su convivencia y contacto con el sector arcaico produjeron efectos deteriorantes sobre el grado y la voluntad de cambio social y cultural, que tomó un ritmo lento en su operación. El atraso técnico de los indios y la situación de subordinación en que son mantenidos pesan sobre el desarrollo del sector moderno con tanta mayor fuerza cuanto mayor es la distancia social que separa a ambos sectores. Una parte, a veces numéricamente importante, del sector moderno gana su vida de la interacción con el indio y procura la persistencia de la estructura colonial que establece su posición superordinada pero con ello limita sus propias posibilidades de desarrollo y modernización al basar parte de su economía en los menguados excedentes de la agricultura, la ganadería y la explotación de la mano de obra nativas.

El sector moderno de población de orientación progresista que en las grandes urbes cosmopolitas ha emprendido la aventura de la industrialización contempla con impaciencia como restringe sus afanes el peso que representa la vida de simple subsistencia, de baja productividad y parco consumo, de las comunidades indias autosuficientes, débilmente articuladas al mercado nacional y que, en ocasiones, es el conglomerado más importante de consumidores en el país, casi totalmente substraído de la economía nacional. La capacidad y la voluntad de promover el cambio económico y social que ese grupo empresarial manifiesta está contrabalanceada por la ausencia de capacidad y de voluntad del grupo tradicional, del propio sector moderno, que persigue el statu quo mediante el apuntalamiento de las estructuras obsoletas. El resultado final de esta oposición de fuerzas es un desarrollo desigual, carente de armonía, que incrementa las diferencias

en el estilo de vida de los distintos grupos y sectores de la población nacional e impide el despegue hacia formas sostenidas de desarrollo: justamente por ello los países mestizoamericanos son catalogados como parcialmente desarrollados.

En otro lugar hicimos notar que la estructura dual de los países mestizoamericanos origina problemas específicos que es necesario afrontar ideando la teoría y la práctica propias que los resuelva. Acentuamos enfáticamente que no es posible aplicar mecánicamente los principios que permitieron el desarrollo de los países europeos, con una estructura social distinta, e insistimos en el hecho de que tanto el desarrollo económico, como el social, de los países mestizoamericano depende no sólo del cambio técnico y la modernización del sector que llamamos moderno sino, lógicamente, del sector arcaico. Los planificadores económicos y los administradores que ponen en marcha los programas de desarrollo no parecen haberlo considerado así ya que las más de las veces siguen al pie de la letra el modelo que tan brillantes resultados produjo en los países hoy industrializados sin meditar suficientemente en la circunstancia de que esos países gozaban, por lo común, de una gran homogeneidad cultural y de una estructura de clases muy alejada de la coyuntura mestizoamericana donde a una estructura de castas se acopla una pluralidad cultural realmente abrumadora; condiciones, estas últimas, que el desarrollo económico occidental no confrontó cuando emprendió su milagroso despegue y para las cuales, consecuentemente, no elaboró una teoría y una práctica específicas.

La circunstancia anterior explica porque el desarrollo en los países mestizoamericanos tiende a tomar un carácter parcial que favorece el cambio en el sector moderno y menoscaba y echa en el olvido el bienestar del sector arcaico; tendencia que no resuelve sino agrava la situación en su cabal complejidad y acrece las tensiones sociales que conmueven a esos países. Dijimos, y afirmamos nuevamente, que el pensamiento económico indiscutiblemente domina la orientación del mundo moderno y que en la hora que vivimos son los planificadores quienes tienen en sus manos una gran suma de las tomas de decisión que determinan el destino de grandes sectores de la población nacional. Quienes cultivamos disciplinas distintas a la económica y tenemos la convicción de que la contribución que podemos dar al problema del desarrollo, dentro de nuestra especificidad funcional, merece ser oída y sopesada hemos sido llevados a hablar y a pensar en términos y conceptos económicos para que nuestra voz pueda ser escuchada y entendida. Ello justifica el hecho de que en una Conferencia de Facultades de Medicina tengamos que detenernos a examinar el rol del médico como factor de promoción del desarrollo económico y social.

-o-

La medición de los niveles de desarrollo alcanzados por los diversos países del mundo se basa en una multiplicidad de índices, algunos

de los cuales, caen específicamente dentro de los límites de área privada de la medicina y la salud pública. Entre estos índices debemos mencionar por su importancia los que siguen: (1) la mortalidad, especialmente la infantil; (2) la fertilidad en el matrimonio; (3) el saneamiento del medio; (4) el estado de la nutrición del pueblo; y (5) el número de médicos científicamente adiestrados con que cuenta el país. Los países que tienen una expectativa de vida baja y consiguientemente altos coeficientes de mortalidad infantil; que presentan tasas de fertilidad excesivamente altas, con las cuales compensan las pérdidas ocasionadas por la abundancia de fallecimientos; cuya higiene pública rudimentaria se agrava con la ingestión carencial de alimentos, particularmente de proteínas formativas, por parte del promedio de la población y que tienen un número escaso de médicos para atender y prevenir las enfermedades, son catalogados como subdesarrollados cuando a esos índices se agregan otros más que no es preciso examinar aquí. Es indudable que los profesionales de la medicina y la salud pública pueden intervenir, con plena capacidad técnica, en el tratamiento y modificación de esos índices de subdesarrollo y con ello les es posible promover el cambio económico de su país sin abandonar el campo específico de sus actividades.

Dé hecho así lo ha venido haciendo. Es evidente que el abatimiento de las tasas de mortalidad, acaecido en los años que siguieron al fin de la segunda Guerra Mundial, y que afectó a los países mestizoamericanos en su totalidad -comprendida su población moderna cuanto la arcaica- se debió fundamentalmente al adelanto técnico de la medicina y la salud pública y a la aplicación de esos adelantos por los médicos. La expectativa de vida, aún en los grupos étnicos más primitivos, se ha incrementado a tal punto que hoy día difícilmente puede encontrarse un pueblo con los coeficientes de mortalidad que eran comunes hace apenas unas cuantas décadas. Todavía más, el descenso de la mortalidad no corrió parejas con una baja coincidente de la natalidad, debido a lo cual el crecimiento de la población en Mestizo América tomó un carácter explosivo.

Los planificadores económicos habrán de poner los medios para que esta contribución de los médicos al desarrollo de sus países se convierta efectivamente en un factor de mejoramiento. El auge que en años recientes alcanzó la planificación familiar y los esfuerzos que hacen algunos países altamente industrializados para que el control de la natalidad sea aceptado generalmente y aun oriente la conducta reproductiva de la población arcaica de los países mestizoamericanos parece indicar que la contribución producida por el adelanto técnico ha motivado profundas preocupaciones. La explosión demográfica ha planteado un reto que requiere atención perentoria porque su sola presencia es una amenaza para la estabilidad de las estructuras tradicionalmente establecidas.

El mejoramiento de las condiciones higiénicas del país es otro aspecto en la modificación de los índices de subdesarrollo que puede ser favorablemente atacado por los profesionales de la medicina y la salud pública. La provisión de agua potable, habitación adecuada, control de las

excretas y pestes, caben en el campo de la especialidad para la cual los médicos han sido adiestrados. También cabe su intervención en materias de nutrición. El estudio de las dietas nativas, su composición en formas de administración, el contenido nutritivo de los distintos alimentos, los patrones acostumbrados al consumo, sus ventajas e inconvenientes y las diferentes formas de conducta alimentaria que exhiben los sectores moderno y arcaico de la población nacional son temas en que el médico puede emitir juicio autorizado y contribuir en la mejor utilización de los productos disponibles. La ingestión de un número mayor de calorías por parte de los países industrializados no se debe simplemente al acceso expedito que a ellas tienen, sino al buen aprovechamiento de los factores de la alimentación derivados del conocimiento científico.

Para los intereses de esta Conferencia el índice de desarrollo que tiene mayor trascendencia es, sin duda, el que concierne al número de médicos por habitante de que dispone cada país. Se supone que el a delante de un pueblo está relacionado directamente con una proporción mayor de profesionales respecto a la población total. Los países mestizoamericanos tienen un déficit considerable en cuanto a esa relación si se les compara con los países industrializados. Parecería, pues, que una fácil solución sería la de inducir a las escuelas de medicina a producir un número mayor de egresados para contribuir con ello al desarrollo nacional; desgraciadamente el problema es mucho más complejo de lo que a primera vista se pudiera suponer y no tiene una salida sencilla. El índice de desarrollo aludido es trascendente porque está íntimamente enlazado al plexus estratégico de la estructura social y no es posible modificarlo aisladamente sino como parte de la totalidad.

Quando se analiza el problema en sus distintos aspectos puede advertirse que en los países mestizoamericanos el número de médicos en relación a la población urbana se aproxima mucho a la considerada como deseable y que esa relación en las grandes concentraciones urbanísticas metropolitanas aun llega a tenerse por excesiva. En cambio, la relación respecto a la población rural es francamente deficitaria y grupos cuantiosos de población campesina desconocen enteramente los beneficios de la medicina moderna. Existe, pues, no sólo un déficit en el número de médicos disponibles sino, además, una mala distribución de los mismos. Los profesionales prefieren establecerse en las grandes y pequeñas urbes porque en ellas encuentran las facilidades indispensables para el correcto desempeño del rol que tienen encomendado así como las recompensas que el cumplimiento de ese rol entraña. En efecto, el ejercicio liberal de la profesión determina que el médico radique en aquellos lugares donde pueda ganarse la vida, de acuerdo con los standards que su status exige, a base del cobro de honorarios por los servicios que imparte. Ello supone su membrecía y función en una sociedad que tenga por principios pagar con dinero esos servicios.

Aún así, el problema no queda limitado a sus términos económicos sino que es mucho más comprensivo. Hemos hecho notar que en Mestizo América la población nacional se compone de dos sectores en conflicto, el

moderno y el arcaico, el uno predominantemente urbano, el otro predominantemente rural. Las diferencias que se advierten en ambos sectores son tanto estructurales cuanto culturales; la una ocupa una posición de superordinación, participa en una economía de dinero y hace uso de las ideas y prácticas de la medicina científica para prevenir y curar las enfermedades; la otra en la que no sólo se agrupan las comunidades indias sino también los campesinos enfeudados no-indios- forma una población sometida, que vive al nivel de subsistencia con escasa circulación de dinero y para tratar los males y accidentes acude a las creencias y patrones de acción de la medicina folk.

Es evidente que este último sector de población- que tiene en la sociedad una posición subordinada, que no participa plenamente de una economía de dinero y cuya asistencia y prevención médicas se rigen por concepciones mágico-religiosas- no puede gozar ni pagar los servicios del médico científicamente adiestrado que ejerce su profesión conforme a las normas de la práctica liberal. La posición sujeta le obliga a solicitar los servicios médicos en una coyuntura de beneficencia degradante; su economía le impide cubrir honorarios, medicamentos y facilidades que están muy lejos de su alcance y, finalmente, se halla condicionado por su cultura a tener por buenos los postulados de la medicina folk, engranada en sus creencias mágicas y religiosas y a desconfiar de la medicina científica cuyos principios no entiende. Bien visto, en los países de estructura dual, el índice debería contener no sólo a los médicos científicamente adiestrados sino además a aquellos que atienden las necesidades de las comunidades indias y folk y que reciben variadas denominaciones por parte de su clientela, pero que son conocidos generalmente con los términos, peyorativos de brujos o curanderos por el grupo dominante. Si así se hiciera el índice de desarrollo carecería de sentido como indicador de cambio.

El problema según se advierte, no es una simple cuestión de número de médicos ni de su adecuada distribución sino que, en lo que concierne a la población arcaica, implica la necesidad de innovar la medicina científica dentro de sus patrones culturales y esta tarea no es fácil en su implementación ni en su consecución. Todos los países mestizoamericano han puesto una suma considerable de preocupación y esfuerzo en el logro de una atención médica conveniente para su masa rural así como para la que radica en los cinturones de miseria de las grandes ciudades. Los métodos y técnicas usados para resolver el reto son variados; sin embargo, deseo expresamente referirme a los ensayos llevados al cabo en México, país mestizoamericano de estructura dual en sus regiones de refugio, no ciertamente porque sus esfuerzos hayan sido mayores ó más efectivos sino por ser aquellos de los cuales el que esto escribe tiene un mejor conocimiento por haber participado en ellos.

El movimiento social que sacudió al país durante las primeras décadas de la presente centuria y que es generalmente conocido con la denominación de Revolución Mexicana logró romper las bases en que se sustentaba la estructura colonial de la nación é impulsó cambios acelerados en

aspectos muy diversos de la vida nacional mediante la redistribución de la tierra concentrada en latifundios, la nacionalización del petróleo, la de otras industrias básicas así como al través de una serie acumulativa de medidas menores que se propusieron llevar los beneficios de la administración pública a la población rural- india y no india- cuya intervención había sido decisiva para el éxito del movimiento. Entre los servicios que se quiso dar a la población desamparada estaban los de salud y asistencia médica que hasta entonces ignoraban. A este respecto el primer obstáculo que enfrentó la administración fué el de la escasez y mala distribución de los médicos científicamente adiestrados. Las universidades no producían el número suficiente de egresados y los que recibían el grado y la autorización para ejercer se ubicaban preferentemente en las grandes, medianas y pequeñas ciudades, quedando las aldeas y otros establecimientos rurales menores completamente desprovistos. La universidad liberal de estructura tradicional, según se advirtió, se hallaba incapacitada para resolver el problema.

Este se atacó de dos maneras distintas. La primera condujo a la creación de una escuela de medicina específicamente destinada a producir médicos rurales. Se reclutó a los alumnos entre los hijos de aldeanos y campesinos para asegurar, se dijo, su retorno al campo y mediante un sistema de becas se les sostuvo en sus estudios hasta su graduación. Inicialmente se pensó en un acortamiento del curriculum de la carrera para incrementar el número de egresados y en el establecimiento de un cuerpo de médicos pagados por el Estado para superar el escaso poder consuntivo de la población arcaica. El primer propósito no pudo llevarse al cabo ante la oposición universitaria que exigió un adiestramiento cabal del alumnado y el segundo nunca llegó a cuajar institucionalmente, ni aun con el establecimiento posterior de los Servicios de Seguridad Social que apenas están llegando a los campesinos. De cualquier manera la escuela de medicina rural representó una invención social trascendente porque por primera vez en México los médicos, a más de su adiestramiento específico en materias de salud y enfermedad, recibieron adiestramiento en ciencias sociales para promover el desarrollo económico y social del país. Se dictaron cátedras de problemas rurales e indígenas y de antropología social que contribuyeron a formar a los egresados con orientación distinta a la liberal. Las primeras generaciones de médicos rurales encontraron acomodo en distintas agencias de la administración pública destinadas a servir en áreas rurales y lograron, además de un conocimiento de primera mano de los problemas involucrados en la innovación de la medicina moderna entre las comunidades arcaicas, una experiencia invaluable respecto a los modos de proceder.

La segunda manera de atacar el problema fué una invención social prohijada por la universidad. Dado que en ésta el financiamiento de la enseñanza es cubierto total ó principalmente por el tesoro público, se dijo que el médico egresado estaba moralmente obligado a pagar a la sociedad el coste de sus estudios. Se aprobó que iniciara el ejercicio de sus habilidades y destrezas en localidades menores que careciesen de atención médica, por un tiempo determinado que no pasa de seis meses durante los cuales recibe una gratificación en dinero, a cargo del Estado, en cantidad

bastante para satisfacer las necesidades perentorias de alimentación. El egresado se obliga a dedicar un cierto número de horas a prácticas preventivas y de educación higiénica y queda en libertad para cobrar honorarios por sus servicios asistenciales. Esta racionalización del rol del médico permitió y aun permite llevar al campesino asomos errátiles de medicina moderna, en los casos en que el egresado se establece en una comunidad india, ya que los seis meses de su radicación son a todas luces insuficientes para provocar una influencia perdurable.

Ambas soluciones al problema del subdesarrollo continúan operando, no obstante que la escuela de medicina rural perdió su orientación primigenia cuando gran parte de sus egresados no lograron acomodo en la burocracia estatal y se vieron compelidos al ejercicio liberal de la profesión y muy a pesar de que, el servicio rural universitario, se está quedando sin el rationale que lo justifique al socializarse la medicina con la fundación de los Servicios de Seguridad Social. El estudiante que ingresa hoy día a las escuelas de medicina cuenta con pocas probabilidades de ejercer como profesionista liberal al tiempo de su graduación y, en consecuencia, no tiene la obligación moral de cubrir su deuda para con la sociedad de otro modo que no sea con el cabal cumplimiento de su rol como profesionista asalariado.

-o-

Las nuevas orientaciones de la medicina, de las cuales otros ponentes hablarán en esta Conferencia, en lo particular la tendencia a la socialización que ha permitido el establecimiento e incremento de los Servicios de Seguridad Social, ha hecho obsoletas las soluciones liberales a los problemas del campo; sin embargo, los esfuerzos iniciales no fueron estériles. La modalidad de formación de un médico específicamente rural y la obligatoriedad de un servicio rural para los médicos generales no son, indudablemente, buenas soluciones; pero, ello no obstante, fueron ensayos que abrieron perspectivas inesperadas. Una de ellas, trascendente, fue la inclusión de las ciencias sociales en el curriculum de la carrera médica junto con las ciencias básicas físico-biológicas, las técnicas generales y las técnicas especiales que constituyen el cuerpo de la disciplina. Otra, fué la integración del servicio médico rural en los programas de desarrollo como un modo eficiente de operación.

De las ciencias sociales, la antropología social, ha sido la disciplina que más ha contribuido a formar el médico que requiere la nueva orientación de la medicina y la salud pública. En los países industrializados es cada vez mayor el número de antropólogos sociales que forman parte del profesorado regular de las escuelas de medicina y que imparten cátedras y seminarios en los que se analiza el rol del médico como practicante y como miembro del personal de instituciones hospitalarias. La cooperación de médicos y antropólogos es fecunda en el estudio interdisciplinario de los factores sociales y culturales que influyen en el estado de enfermedad y en la promoción de la salud así como para definir la impor

tancia que tienen las diferencias sociales y culturales en la aceptación o rechazo de las ideas y patrones de acción de la medicina científica.

Los programas de ayuda técnica y el establecimiento de centros de salud en los países mestizoamericanos, con asesoría extranjera, permitió a un grupo de antropólogos del Instituto de Antropología Social de la Smithsonian Institution realizar una evaluación de los programas en marcha que hizo resaltar, por vez primera, como el conocimiento de las creencias y valores de la gente que recibe atención médica preventiva y curativa es tan importante para el éxito de los programas como la destreza en la ciencia médica. Las investigaciones realizadas por los antropólogos respecto a la forma como la clientela de los centros de salud concebía la imago del cuerpo y sus funciones, la causa eficiente de las enfermedades y el modo adecuado de prevenirlas y tratarlas cuando el diagnóstico las situaba fuera del campo privativo del médico científicamente adiestrado, rebeló, con claridad meridiana, que aún en el sector moderno de la población mestizoamericana las diferencias de clase son índices importantes de variaciones drásticas en la conducta médica y sanitaria y que esas variaciones son mucho más importantes de lo que generalmente se acepta.

La experiencia adquirida por los médicos rurales en México y los estudios realizados por los antropólogos en grupos étnicos nativos de Meso y Sudamérica hizo patente el abismo que existe entre las creencias y prácticas médicas de los pueblos primitivos y de las comunidades indias más aculturadas y la medicina racional moderna y cómo esas creencias y prácticas cumplen una función en el ordenamiento de la sociedad y en la nivelación económica de sus integrantes de tal modo que, la innovación de la medicina científica, no obstante la evidencia de su bondad e indiscutible efectividad, nunca es aceptada automáticamente sino reinterpretada en términos nativos y engranada en el conjunto de la cultura.

La implementación de programas de acción integral en regiones interculturales de refugio, por otra parte permitió descubrir que los servicios médicos curativos y preventivos que no van aclopados a otros programas y que contemplen actividades multilaterales que influyan sobre la economía y en sus variados aspectos, sobre la educación, la comunicación y la estructura de super-subordinación que guardan las relaciones de indios y no indios, difícilmente son aceptados o tienen asegurada su continuidad. El médico, en esos programas coordinados, para tener éxito en el cumplimiento de su rol, debe formar parte de un grupo de trabajo al lado del antropólogo, el educador, el agrónomo, el ingeniero vial, el economista, el arquitecto y otros especialistas más que concurren a la modificación de la situación existente atacándola armoniosamente desde sus ángulos numerosos. En esos programas la utilización de promotores sociales como auxiliares especializados del médico y de los otros profesionales, reclutados en las propias comunidades indias para que

innoven desde dentro del grupo propio las ideas y prácticas médicas modernas, demostró ser un provechoso mecanismo de aculturación y desarrollo de las comunidades arcaicas.

Junto todo ello hizo posible advertir que es indispensable una nueva modalidad en la formación del médico que esté en concordancia con la orientación actual de la disciplina y con el conocimiento que hoy tiene en la estructura de los países mestizoamericanos y del sector arcaico de su población. Esencialmente parece manifiesto que en países que cuentan con grupos étnicos subordinados de cultura diferente a la nacional, con campesinos enfeudados con estilos de vida grandemente rezagados y, en las urbes de expansión, con cinturones de miseria que mantienen diferencias de clase donde la distancia social y cultural es considerable, la formación médica inexcusablemente debe comprender el adiestramiento en ciencias sociales que haga factible al egresado una cabal comprensión del contexto en que actúa y que le obliga a convertirse directa e indirectamente en un promotor del desarrollo económico y social de su país.

En resumen, podemos concluir:

- 1.- Los países mestizoamericanos detentan una estructura dual en su ordenamiento social que pone frente a frente en situación de conflicto a los sectores moderno y arcaico que integran su población.
- 2.- La dualidad existente implica una contradicción entre sistemas de ideas y prácticas médicas opuestas cuyo conocimiento es necesario para su resolución;
- 3.- Las ciencias sociales y, en lo particular, la antropología social son las disciplinas especializadas en el conocimiento de la gente y de los patrones culturales y estructurales que configuran su estilo de vida;
- 4.- El desarrollo económico social de los países mestizoamericanos está ligado al progreso y mejoramiento de su sector arcaico, en gran parte constituido por grupos étnicos indios.
- 5.- La innovación de la medicina moderna en ese sector amerita un conocimiento integral del orden social y cultural indios que sólo la antropología social puede suministrar; y
- 6.- En los países mestizoamericanos, con mayor urgencia que en cualesquier otros de Latino América, la inclusión de las ciencias sociales en la formación del médico es indispensable para el cabal cumplimiento del rol que tiene encomendado, con sus nuevas responsabilidades como promotor del desarrollo económico y social de su país.

INFORME FINAL DEL TEMA I.

Relator General: Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán
Secretario General: Dr. José Neyra Ramirez

- 1.- *El médico latinoamericano se interesa actualmente por el desarrollo económico social de su país? Está preparado para ser un promotor conciente y efectivo del desarrollo?.*

La actitud del médico latinoamericano en cuanto al desarrollo económico y social, ha sido congruente con la filosofía de su tiempo; cuando prevalecía una corriente liberal y positiva consideró que el éxito individual era el mejor instrumento para el progreso colectivo. Con el avance extraordinario del conocimiento y la técnica que ha modificado tan profundamente las estructuras sociales, su posición al respecto está cambiando y manifiesta cada vez con mayor vigor, su interés por compartir las responsabilidades del desarrollo de acuerdo con los principios de justicia social que tienden a generalizarse. El logro de este propósito se vé limitado porque en la actualidad la mayoría de las Escuelas de Medicina no contienen la suficiente orientación, las condiciones y las facilidades indispensables para convertir a sus egresados en promotores concientes y efectivos del desarrollo. Las Escuelas siguen formando profesionales de acuerdo con un concepto tradicional del rol del médico. La salud se logra mediante el desenvolvimiento armónico de todos los aspectos de la vida económica y social entre los que se encuentra una política y organización sanitarias encaminadas a integrarse con la educación, la redistribución agraria, el mejoramiento de las condiciones de trabajo, la seguridad social y los restantes sectores de la convivencia humana. El rol del médico será un factor que contribuya eficazmente al desarrollo económico y social en tanto se integre en equipos de trabajo que contemplen todos los aspectos de la vida social.

- 2.- *Si no es así, qué factores están influyendo en el desinterés del médico en su papel de promotor del desarrollo?*
- a) *Curricula y programas de estudio?*
 - b) *Motivación y orientación de los docentes?*
 - c) *Elevada proporción de médicos que hacen estudios de especialización en países desarrollados?*
 - d) *Extracción económico-social del médico?*

La deformación de la imagen socio cultural del médico, que se ha formado el estudiante al ingresar a la Universidad y que corresponde en general a un médico con éxito profesional en el ejercicio liberal, es en parte responsable del aparente desinterés del médico en su rol como promotor del desarrollo. En los objetivos de las escuelas de medicina no se ha puesto el

énfasis necesario en la consideración del ser humano como una entidad bio-psico-social, ni en el conocimiento del ambiente socio-cultural en que este se desenvuelve y que varía ampliamente en las diversas regiones de los países latinoamericanos. Entre los factores que más han influido, se encuentran la naturaleza de los currícula y programas de estudio que deberían considerar un acento especial en la proyección social de sus asignaturas, que haga conciencia en el estudiante de la realidad nacional. Los estudios de especialización en países desarrollados no parecen constituir por sí solos un factor de importancia en los problemas de desarrollo, aún que sí lo constituye en la desadaptación de los médicos a su medio social, cuando su estancia en el extranjero se ha realizado durante su temprano período formativo. No existen por otra parte elementos de juicio que permitan apreciar la relación que pudiera haber entre la extracción económica social del médico y el desarrollo de un país. Conviene señalar a este respecto que en las últimas décadas se ha observado que cada vez ingresa a las Escuelas de Medicina una proporción mayor de estudiantes que provienen de los estratos socio-económicos menos favorecidos. Se recomienda estudiar la influencia de esta circunstancia en la actitud del médico frente al desarrollo económico-social. Aparte de estos factores se considerará también importante la acción social del médico, la estructura de las instituciones de salud y el tipo de ejercicio de la medicina.

3.- *¿Qué campos del conocimiento humano deben contribuir a la formación del médico como promotor de desarrollo?*

- a) *De las ciencias exactas.*
- b) *De las ciencias biológicas.*
- c) *De las ciencias sociales*
- d) *De las humanidades.*

Es indudable que todo conocimiento contribuye a la formación del médico como promotor del desarrollo cuando está debidamente integrado; pero son las ciencias sociales las que por la índole de sus propósitos mejor contribución pueden dar a esa formación. Para el caso deben establecerse relaciones interdisciplinarias que afecten a los Departamentos y Facultades Universitarias y que permitan suministrar a los estudiantes conocimientos y habilidades que son mejor impartidas en las instituciones especializadas. Sin embargo, se considera que tan importante como el suministro de conocimientos es la formación de la personalidad del alumno a fin de que esté en aptitud de llenar su función social.

4.- *Si se tiene en mente que la ciencia médica es universal, cree usted que su aplicación a condiciones peculiares de Latinoamérica hace necesaria la formación de un tipo de médico diferente a la de los países desarrollados?*

La formación del médico debe tener una base científica universal, sin embargo, es conveniente se contemplen las particularidades que dependen del ---

medio socio-cultural. Los programas deben ajustarse a las condiciones de salud de las distintas zonas con énfasis en los campos de la prevención y del conocimiento de la realidad socio-cultural de los núcleos humanos que habrán de ser atendidos, de tal manera que el médico pueda desempeñarse adecuadamente cuando se establezca en comunidades de varias condiciones y se constituya en multiplicador de beneficio social.

- 5.- *Si así fuera, en qué aspectos debe diferenciarse la formación del médico latinoamericano y particularmente en el grupo de países que se ha denominado mestizo América por tener núcleos importantes de población a predominio cultural indígena e incipiente aculturación occidental?*

El médico latinoamericano debe estar capacitado para abordar y resolver con criterio científico las situaciones epidemiológicas que la sociedad en que vive le plantea, entendiéndose por epidemiología la interacción de factores biológicos psicológicos, sociales y culturales en un contexto geográfico y ecológico determinado.

- 6 y 7.- *Dadas las profundas diferencias en el desarrollo económico social y características culturales de las ciudades importantes y de las poblaciones rurales de un mismo país, debe formarse médicos diferentes para que actúen en uno de esos medios? Si es necesario a que nivel de la educación médica debe iniciarse la diferenciación?*

Las profundas diferencias en el desarrollo económico-social y en las características culturales de las ciudades importantes y de las poblaciones rurales de un país, no deben llevarnos a propender a la formación de médicos diferentes para diversos grupos étnicos y sociales; sin embargo, se estima conveniente que el médico, al teminar sus estudios se capacite en el conocimiento de la situación específica en la que ejercerá su profesión, procure el aprendizaje de la lengua local y utilice personal auxiliar que conozca esa lengua.

- 8.- *Si la respuesta a la pregunta N° 6 es negativa, que medidas o sistemas se sugieren para garantizar atención médica integral, a la población rural*
7.

Para garantizar la atención médica a la población rural se recomienda propiciar la integración de las acciones de las Facultades de Medicina y los servicios estatales de Salud, creando las condiciones adecuadas, inclusive estímulos como bonificaciones en el curriculum y en la remuneración. Una de las formas útiles para aumentar el rendimiento del médico en la comunidad rural, consiste en establecer sistemas regionales de integración de los recursos de salud que opere en equipos polivalentes, que permitan una mayor acción del personal para médico o auxiliar bajo la supervisión de un profesional debidamente preparado.

- 9.- *Deben las Facultades de Medicina organizar o colaborar con la organización de programas de "Internado rural" o de "medicatura rural"?*

Las Facultades de Medicina deben coordinarse con los organismos correspondientes en el planeamiento del internado y de la medicatura rural a fin de que estos programas no se deformen y pierdan su sentido educacional. El llamado internado rural puede ser útil como una medida parcial destinada, principalmente, a crear motivaciones en los internos para regresar a las comunidades. Por eso debe insistirse en poner el énfasis mayor en el rol docente antes que en el asistencial.

- 10.- *Qué recursos mínimos debe proveer el estado al médico, o mejor el equipo de salud, para que actúe eficientemente en el medio rural?*

El Estado debe proveer los recursos mínimos necesarios al equipo de salud para que actúe eficientemente en el medio rural. Entre ellos deben considerarse las condiciones indispensables para una existencia digna y decorosa del médico, es decir, habitación, salario y ambiente técnicos adecuados, y en cuanto a los servicios mismos, recursos de planta física, equipos, sistema de referencia y sistema de transporte. Además oportunidades de alcanzar promociones culturales, profesionales y económicas.

- 11.- *Existe tendencia a destacar el éxito individual obtenido en el ejercicio profesional de la medicina curativa y en cambio a subestimar la calidad del trabajo en medicina integral? Si esto es así debe corregirse esta situación? Qué medidas se proponen?*

Es evidente que existe la tendencia dentro de la comunidad a destacar el éxito de la medicina curativa y a subestimar la importancia del trabajo con medicina integral, por lo que se considera necesario desarrollar acciones para corregir esa situación. Las medidas que pueden ponerse en práctica son variadas y diferentes de una a otra región; sin embargo, lo esencial es elevar el nivel profesional de los médicos dedicados a la medicina social a través de mejores salarios, mayores ventajas profesionales y sobre todo mediante el estímulo de un ambiente intelectual adecuado y una acción sobre la comunidad que haga resaltar la trascendencia de su función.

- 12.- *Es evidente la inquietud estudiantil en Latinoamérica y en otros sectores del mundo por resolver los problemas económico-sociales?*

- a) *En qué medida está inquietud es positiva y en qué medida es negativa, para la Universidad y para el país?*
- b) *En qué medida esta inquietud puede contribuir a que la Universidad forme profesionales concientes de su papel de promotores del desarrollo y capaces de realizar esta tarea?*

Aceptando que la Universidad es una corporación de docentes y alumnos sus objetivos deben determinarse en forma conjunta y en relación con los planes de desarrollo del país. La inquietud estudiantil en cuanto se refiere a los problemas económicos y sociales es positiva y canalizada puede ser instrumento de valor no sólo para el desarrollo mismo sino también para la formación adecuada del médico. Existe siempre el peligro de que su inquietud derive hacia objetivos subsidiarios o sea utilizado para fines extrauniversitarios. Corresponde al docente estar atento a los cambios que realiza la sociedad para que pueda guiar a los estudiantes por caminos que efectivamente conduzcan al bienestar de la Universidad y de la nación.

TEMA II: "LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE
MEDICOS EN LATINOAMERICA EN RE-
LACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRA-
FICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD".

PONENTES:

Dr. Hernan Romero (Chile)
Dr. Luis A. León (Ecuador)
Dr. Carlos Quirós (Perú)

RELATOR GENERAL:

Dr. Gonzalo Aguirre B. (México)

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Neyra R. (Perú)

TEMA: II: " PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN AMERICA LATINA EN RELACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD".

Dr. Hernán Romero (Chile)

Se dice jocosamente que los economistas y los demógrafos - se ocupan de hacer predicciones y de explicar después porqué no se cumplieron . En cierto modo los últimos se han quitado el sambenito, reemplazandolas por proyecciones. Si no sobreviene una catástrofe y la natalidad y la mortalidad se conducen de tal o cual manera, la humanidad, por ejemplo, se compondrá, hacia 1999, de seis mil millones de individuos, aproximadamente. Con aproximación permisible, pueden aún anticipar como se distribuirán estos según sexo y grupos de edad. En esencia se limitan a poner en juego la máquina del cálculo y practicar operaciones matemáticas que no quedan fuera del alcance de un muchacho que haya recibido buena enseñanza de liceo. Por cuanto se supone que he de discutir la producción y distribución de médicos en América latina en relación con las necesidades de salud y el crecimiento de población, debí quizás condenarme a realizar un ejercicio semejante. Además de que habría tenido que basarlo en datos deleznable y marcadamente insuficientes, estoy convencido de que, por definición, los resultados habrían sido errados y falaces.

La tarea no aparece irrealizable, sino estéril. Imaginemos que el problema se plantea en términos de esas dos variables y tomemos la segunda. A mi saber la población de América latina habrá de ser, hacia fines del año actual, de unos 250 millones de habitantes y si aceptamos que crece a una tasa anual de 2.9%, podemos suponer - que se le agregarán, en 1968, 7 millones y cuarto - algo menos que - la población de Cuba; que se habrá duplicado hacia 1981 y acaso habrá una cantidad triple de la presente-vale decir unos 750 millones de - personas hacia el fin del siglo.

Basta enunciar esta proposición para advertir que es, de todo punto, irracional. Sumado a los efectos que, por sí solos, produzcan la urbanización , la elevación de los niveles de vida y de - educación, los hombres habrán tomado seguramente medidas enérgicas para detener la inundación. Con propósitos de mero entretenimiento me planteé también otra hipótesis. Se estima que existen hoy tasas de -- médicos por 10.000 habitantes de 5, en Meso América, 6 en Sud América y 5,8 en América latina. Postulemos que se desea subir estas proporciones a 10 por 10.000, como la que registra España y ligeramente inferior a la de Francia o Gran Bretaña. Se sabe que estas naciones no están conformes con sus dotaciones y, evidentemente, no satisficaría nuestros requerimientos, por cuanto nuestros niveles de salud son, en general, mucho mas bajos que los suyos y escollamos con dificultades de organización y de otro tipo. No obstante que algunos países nues--

tros están destinando a educación el 25% de su presupuesto nacional y tienen necesidades mas urgentes en esta esfera precisa, imaginemos que lleváramos instantáneamente, por arte de magia, la producción de nuestras escuelas al doble, esto es de 6,500 a 13,000. Suponiendo un menor cabo discreto de la falange (por muerte, retiro, etc), el proceso de de moraría, según mis aritméticas, unos 20 años.

¿Parecerá esa tasa, en 1988, insuficiente o excesiva? Aun postulando que no hayan ocurrido cambios fundamentales en nuestro panorama sanitario se habrá introducido entonces cantidad de técnicas del tipo que los economistas llamarían labour intensive, como las que hoy se emplean en cirugía del corazón o del cerebro, se habrá acrecen tado el tipo de enfermedades e invalideces que se tratan largamente y a gran coste por razones meramente humanitarias? A la inversa, ¿Se ha brán multiplicado los métodos de prevención y terapéutica eficiente-- mente simples y sistemáticos como para que se les aplique en gran escala y con mínima intervención de facultativos? Obsérvese que el sistema debería funcionar como los vasos comunicantes para que se nivela ra la situación de Argentina con una tasa de 14,7 por 10,000 con Hai ti que tiene menos de un 20 avo de la misma. Por estas consideraciones y otras que surgirán mas adelante, después de leer kilogramos de literatura y de meditación detenida, he llegado a la conclusión de -- que estos ejercicios son enteramente ociosos.

En los primeros intentos por establecer los niveles de salud y, en la recíproca, las necesidades, se propusieron indicadores, tales como 1) mortalidad general; 2) infantil; 3) en menores - de 5 años; 4) proporción de sobrevivientes después de los 50 años y 5) disponibilidad y utilización de recursos. En las colectividades subdesarrolladas, todos ellos conservan acaso validez. Sólo el 4º que originaron S' Swaroop y K. Uemura y se discutió prolongadamente en el Grupo de Estudio que se reunió en Ginebra (1955) y de que for mé parte, no ha sido escrutado suficientemente como para juzgar su utilidad práctica.

El primero suele ser el único con que se cuenta en mu-- chas naciones y con cierta apreciación de la distribución de grupos de edad de la población, reviste real significado. Ocurre así particularmente cuando la mortalidad general es muy alta, porque, de segu ro, ofrece uno o mas puntos muy vulnerables para atacarla. El caso - de Ceilán que, abatiendo la malaria, la redujo a al mitad en plazo bastante breve, parece especialmente elocuente. La mortalidad infantil es el índice singular mas expresivo de la condición sanitaria, e conómica y cultural. La mortalidad entre 0 y 5 años traduce, en cierta medida, el estado nutritivo de los niños y la presencia de enfermedades transmisibles. Estos distintos indicadores se sustituyen con ventaja por la expectativa de vida al nacer y después del primer año; pero no se dispone de este dato en muchas partes.

Nadie dudaría de la conveniencia de saber con cuántos facultativos, profesionales y técnicos de colaboración médica, camas de hospitales, centros de salud, suministros de agua potable y eliminación de excretas y otros recursos se dispone. No basta este conocimiento, sin embargo, si se ignora el grado en que se utilizan. Para demostrar lo basta un par de ejemplos. Unos 20 años atrás, la proporción de médicos en Calcuta era ostensiblemente precaria y, en cambio, había entre ellos muchos desocupados. Por una parte no alcanzaban concentración suficiente para que fueran realmente aprovechables y la clientela era tan pobre y tan ignorante como para no recurrir a ellos. A la inversa, existían, antes de la última guerra mundial, muchos facultativos en las ciudades mayores de Alemania y Austria; pero una porción nada despreciable estaba desempeñando otras tareas y aún conduciendo automóviles de alquiler.

La principal limitación de estos diversos indicadores y, probablemente, de todos los datos de que se eche mano, reside en que exigen competencia y discernimiento para su interpretación. El descenso de la mortalidad acarrea habitualmente un aumento de la morbilidad. Cada caso de diabetes infantil, de infarto del miocardio y de paraplejía - para citar tres ejemplos dispares, que se podrían multiplicar substancialmente - librado de la muerte precisa años de tratamiento y vigilancia.

El Grupo de Hopkins (Division of International Health of the Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health) ha propuesto una metodología bastante original para medir los requerimientos o las demandas, que merece ser ensayada mas extensamente; pero que resultaría larga y engorrosa de explicar. En esencia considera 4 enfoques, que no sirven individualmente y denomina 1) biológico, 2) económico, 3) normativo y 4) análisis funcional. El primero consiste en determinar, prescindiendo de que se busque la atención y de que se la pueda pagar, la patología existente - desde las fracturas hasta los psicosis - y estimar el tiempo y el dinero que cada paciente consume y a quién. Introducido por Lee y Jones, en 1933, es el procedimiento que se procura emplear ordinariamente. Después de una dosis prodigiosa de esfuerzo para preparar normas sobre el manejo de casos y para apreciar la morbilidad y respaldados por el consenso de la opinión de expertos, dedujeron la conclusión perturbadora de que era satisfactoria la fuerza de trabajo existente en el Estado de Nueva York para llenar todas las necesidades de salud,

Para el segundo precisa averiguar cuántos servicios demandan y están dispuestos a sufragar los miembros de distintos grupos sociales. Como se hizo en Taiwan, importa practicar encuestas en muestras estratificadas. Ofrece mas aplicación cuando predominan los gastos del sector privado, porque la intervención del gobierno deforma considerablemente el cuadro. El tercero se funda, en realidad, en lo que se podría calificar de opinión de expertos. Basados en la experien

cia, en las comparaciones internacionales y en otros antecedentes, pos
tulan ellos que se puede y se debe, por ejemplo, disponer de un mé
dico por cada 1,000 habitantes y de 2 a 2.5 enfermeras por cada faculta
tivo. Mas adelante se van ajustando progresivamente las metas. Natural
mente distan éstas mas o menos de la realidad y, además, van cambian-
do con circunstancias tales como el envejecimiento de la población, la
urbanización y la elevación de los niveles económicos y educativos. El
error mas serio y, a la vez, mas frecuente consiste en tomar los datos
de naciones mas avanzadas y plantearse objetivos que quedan fuera del
alcance. El último enfoque es mucho mas complejo, por cuanto consiste
en intentar una síntesis pragmática, aplicando los mejores rasgos de
los otros tres y movilizando los procedimientos de la epidemiología,
la economía, las ciencias sociales, el análisis operacional, etc. Para
medir la demanda racionalizada, puede así que, para combatir la mala
ria, se emplee el criterio biológico; para la consulta médica, el econó
mico y la opinión de expertos para decidir, a base de normas y metas, los
requerimientos y los recursos humanos y materiales. Puede llegar
a la cúspide de la racionalidad, pero exige información cabal y anál
istas competentes.

No vale la pena detenerse en los criterios que está ensa
yando la Unión Soviética para la planificación y "alocación" de su per
sonal de salud, Difícil de entender, este último concepto se basa en
que los "contactos" - visitas a domicilio, atención de pacientes ambu
lantes y en cama, control de niño sano etc - tienen valor díverso y no
pueden ser sumados como unidades. Se proponen establecer, a base de la
experiencia y de las necesidades percibidas, el tipo y el número de i
nstituciones que se requieren en cada región. Clasifican dichas insti
tuciones y, según normas definidas, dictaminan la cantidad y variedad
de personal que exige el funcionamiento de cada una. Además de la com
plejidad del sistema, carece de interés por cuanto sólo es aplicable
tal vez dentro de un régimen estrictamente socializado en el cual el
único empresario es el Estado.

La Comisión ad-hoc que designó nuestra Facultad y, en par
ticular, uno de sus miembros, el Profesor J.M. Ugarte, han practicado
estimaciones de las necesidades de médicos en Chile que son dignas de
atenta consideración. Sus méritos principales residen en que sugieren
medidas para que no se estropee la situación actual y aún para paliar
el déficit, que son perfectamente factibles, y que ponen el acento en
la urgencia de mejorar la organización y los rendimientos y conceden
preocupación preferente a la formación de profesionales de colabora-
ción médica. En cambio despierta reservas en cuanto fija metas demasia
do moderadas: 2,5 consultas por individuo al año - en circunstancias
que otras naciones tienen 5 y aún, como Checoslovaquia, mas de 10 - y
0.25 visitas domiciliarias; además, se atiende a la dotación de 36.000
camas de hospital que existía en el momento, que representa una tasa
de 4,4 por mil y queda muy por debajo de lo deseable.

Entre mediados de 1964 y de 1967 se llevó a cabo en Colombia, el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica, que revistió carácter de ensayo piloto y que, tanto por los propósitos que lo informaron y la metodología con que se realizó, como por los resultados, inicia una era en la América latina. Con motivo de la Conferencia Internacional que, sobre estas materias, auspiciaron OPS, la Fundación Milbank Memorial y el Gobierno de Venezuela, los colombianos presentaron dos documentos de intención preliminar que revisten valor incomparable y concitan atención y meditación cuidadosas. Pueden ya inspirar y servir de guía para la planificación y racionalización de los servicios de salud y de la educación de médicos y de enfermeras de otras naciones hermanas.

Mientras no existan colegios o instituciones similares - que mantengan registros vivos y expurgados de los profesionales con indicación de su edad, residencia, actividad y sitio de trabajo - lo que dista de ofrecer dificultad - no se sabrá a ciencia cierta la dotación real de estos profesionales. Gracias a los esfuerzos perseverantes de OPS y a sus publicaciones periódicas y escrupulosas, se tiene noticia de la producción anual de las distintas escuelas cuyo número oscilaría alrededor de 110. En 1964, esa producción habría alcanzado a 6.650. Casi por completo se ignora, en cambio, la pérdida constante que, con el vocablo inglés, me gustaría llamar atrición. En la aceptación pertinente, significa desgaste, particularmente de recursos, como en una guerra de atrición. Cabe columbrar que el menoscabo por cambio de actividad es mayor en los primeros años que siguen a la graduación y que, sobrepasando aún a los dentistas, los médicos son de los profesionales más persistentes. Una mayoría substancial debe alcanzar entonces el término de su vida activa que, arbitrariamente, Chile ha fijado en 65 años y Canadá, en 72. En esta nación se calcula en 6% -- de la población total de facultativos la merma que ocasionan el retiro por cambio de actividad, enfermedad y jubilación y la mortalidad, en 1,4. En muchos de nuestros países cabría obtener este último dato, recurriendo a tablas de vida propias o ajenas, con los debidos reajustes. La substracción por incapacidad temporal o permanente y por jubilación ha de variar enormemente, aunque sólo sea por las diferencias de los sistemas de seguro social.

Porque es ya ingente y exhibe tendencia progresiva, debería preocuparnos principalmente la pérdida por emigración. Según el valioso estudio que, por encargo de OPS, emprendió el doctor Charles V. Kidd, había, en 1966, 5.971 médicos en Estados Unidos que se habían graduado en nuestras escuelas latinoamericanas y que representan cantidad algo menor de la producción anual de todas ellas, en conjunto. En el último tiempo ha habido una inmigración anual de -- 525, que constituye sensiblemente más del 8% de esa misma producción global. Postulando tal vez que el fenómeno tiene carácter más temporal, separa el caso de Cuba, que estaría perdiendo el 60% de sus gra

duados y señala para Haití una merma de 48%, de 40 para Panamá, 37 para República Dominicana, 27 para Nicaragua y 20 o algo menos para Ecuador, El Salvador, Guatemala y Colombia. Volviendo a separar a Cuba, los otros 300 individuos equivaldrían al rendimiento de 3 planteles mayores de Estados Unidos cuya construcción costaría unos 60 millones de dólares y mas de 15 millones, el funcionamiento anual. El vale económico de nuestro aporte sería equiparable así a toda la ayuda que esa nación nos presta en el campo de salud.

No huelga agregar que, entre 1953 y 1961, Canadá recibió 3.815 médicos inmigrantes y si bien de ellos algo mas de 60% provino de otras naciones de la Comunidad Británica y de Estados Unidos, en el saldo de unos 1,500 hay una proporción apreciable de latinoamericanos. Entre ellos aparentemente destacan los peruanos. En el país ingresaron al ejercicio, entre 1950 y 1960, unos 15,000 facultativos, de los cuales un tercio se había graduado en el extranjero. La relación con los nacionales subió, en el periodo, de 24.8 a 60.4. - La incorporación anual es algo mayor que la producción de sus tres escuelas mayores y bastantes superior a la suma de las otras ocho. Todavía más, Ferguson del Gupo de Hopkins agrega, entre otros, dos datos muy significativos. De la población médica de Estados Unidos (293,874, en 1965) el 12,7% (37.206) se había graduado en el extranjero. De 380 médicos de este contingente que emigraron del Canadá, 193, o sea algo mas de la mitad, habia nacido fuera de este último país. Con sobrada razón comenta que Canadá está sirviendo para muchos de ellos como estación de paso (way station) para quienes tienen como destino final Estados Unidos. Constituye otra forma de sangría particularmente inquietante.

Dije ya que, gracias principalmente a que los informes técnicos de OPS han alcanzado alto grado de rigor y perfeccionamiento, se sabe, con prudente aproximación, el rendimiento anual de nuestras escuelas. Pasé largo rato, eso si, escrutando el Cuadro N°2 de las condiciones de salud en las Américas (Publicación Científica N° 138 de Agosto de 1966). No logré dilucidar como República Dominicana, con una de las mayores migraciones, ha llegado a reunir a 2.153 médicos con una graduación anual de 85 en tanto que, con otra de 104, Bolivia apenas posee 1.032; como Brasil, con emigración mínima y un débito de 1.334, tiene sólo 2,000 médicos menos (29.340) que Argentina (31.831), que titularía al año cerca de 550 más (1871). En verdad República Dominicana sufre la mayor pérdida - 10,6 por millón de habitantes - y Brasil la menor de 0,5. Aún esta información mas básica y simple exige, pues, escarmenar muchos más.

Para morigerar nuestras ambiciones procede contemplar un momento la situación de Estados Unidos y Canadá, que nos aventajan tan enormemente en todo sentido. El Jefe del Servicio Sanitario (Surgeon General) de esa nación - incuestionablemente la primera potencia económica del mundo - declaró no existir posibilidad alguna

de lograr, en un futuro previsible, la fuerza de trabajo que se requiere y conforma mínimo esencial para proteger la salud de los ciudadanos. Sin embargo, su propio Servicio anticipa que se deteriorará en 4% hacia 1975 y que, para que no suceda así, deberá desplegarse esfuerzos titánicos y aumentar en 50% el rendimiento de las escuelas actuales, además de crear otras 20, al menos. En el momento se calculaba una dotación de 132 por 1000.000 habitantes, o sea de 1 para 760 personas de las cuales sólo 100 se ocupan de la atención de pacientes. Fuera de los inactivos, se incluye en el remanente a los - que se dedican a sanidad, a enseñanza, investigación, administración, etc. Incidentalmente procede comentar que, desde el punto de vista de la salubridad, la labor de estos últimos puede alcanzar, a la larga, beneficios mayores y mas permanentes. Por la imposibilidad de mejorar la situación, el Grupo Consultivo (Comité Base) juzgó ociosos los refinamientos estadísticos para valorar las necesidades crecientes.

No huelga recordar que, de los colegas que iniciaron la práctica en 1959, uno de cada cinco era extranjero, como también uno de cada tres internos y residentes de hospitales. Las autoridades - cuentan con que se mantendrá la inmigración substancial de 19% o de 13%, si se excluye a los nacionales que se graduaron fuera del país. Para el mismo propósito médico de conservar la tasa de 12 por 10,000 y confiando también en que seguirán viniendo los aportes del exterior, Canadá declara oficialmente que deberá expandir las promociones actuales de estudiantes y construir, antes de 1971, 4 escuelas mas, - prescindiendo de la que comenzó a funcionar, este año, en la Universidad de Sherbrooke. A modo de inciso cabe comentar que Estados Unidos pide, para 96 estudiantes, 85 profesores clínica de tiempo completo. Canadá ha bajado sus miras y, para 84 alumnos, quiere 35 de éstos y 32 de ciencias básicas. Para lograr ese objetivo, precisa entonces acrecentar sus facultades en 780 individuos y que sus universidades preparen un promedio de 40 profesores de ciencias básicas y 70 de ramos clínicos cada año, durante 7 años.

Con un promedio de ingreso anual per cápita de 380 dólares y seis naciones con menos de 200, en contraste con los 2,800 de Estados Unidos y con consumo de alimentos por debajo del mínimo en 3 repúblicas de cada 4, nadie negaría que afrontamos una tarea - mucho mas gigantesca. No obstante los progresos apreciables del último tiempo, nuestras necesidades son incomparablemente mayores. Con pocas excepciones los menores de 15 años sobrepasan de 40% y, en tres casos, llegan a 48%. Dada la juventud de nuestras poblaciones, la mortalidad general, del orden de 14 por mil, puede y debe ser rebajada en un tercio; todavía la del grupo de 1 a 4 años excede en unas 10 veces a la de Norteamérica; en varias naciones la infantil ha de acercarse todavía a 100 y, acaso en ninguno, es menos de doble que en ese continente y triple que en Suecia. Todavía la mortalidad materna es unas 10 veces superior a la de Estados Unidos y Canadá,

un tercio y aún la mitad (hasta el 85%) de los partos no reciben atención profesional y los abortos, que se han calificado de la epidemia más grave del mundo moderno, ofrece caracteres amenazantes e invasores en el nuestro.

Las enfermedades infecciosas y la tuberculosis gravan con un peso excesivo. Fallecen unos 1.000 individuos de difteria y unas 15 veces más que en Estados Unidos por tos ferina y la letalidad del sarampión es exagerada y denotadora de la nutrición defectuosa de los niños. Se podría alargar la enunciación.

Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles y del aparato digestivo son aún superiores a 300 y a 600 por 100,000 habitantes, respectivamente. Prescindiendo de Brasil que carece de información pertinente, se declaran anualmente en el hemisferio unos 40,000 casos de tifoidea y, de ellos, el 98% en América latina.

Tanto o más que estos factores influye el privilegio a ciego de ser la región mayor del mundo que crece con velocidad más precipitada. Como índice grosero de la insuficiencia de atención, - cabe mencionar que, en los certificados de defunción, figuran, con algunas excepciones, entre un 20 y un 50% de causas desconocidas o mal definidas; que menos del 50% de las embarazadas (3,5 en Ecuador) concurre a los consultorios pre-natales y un porcentaje todavía menor (de 10,5 en Bolivia) de lactantes a los de control de niños sanos. Habiendo aumentado en la Región la concentración de dentistas de 2 a 2,2, es de 5,4, en Norteamérica y sólo de 2,8 en la América del Sur y de 1, en la Central. Con esfuerzo se ha mantenido la tasa de 3,2 camas de hospital por 1.000 con variaciones desde 6 (Argentina y Uruguay) a 0,6 (Haití) - de población frente a 9 para Estados Unidos. Para que no descienda hay que agregar anualmente 25.000 hasta 1971. Frente a las 4,5 consultas por individuo en esta nación, - hay 0,26 en Honduras y 0,13 en Bolivia. A estos niveles quedan excluidas, por definición, las consultas de índole preventiva.

Nadie ignora que en las regiones y países subdesarrollados, los promedios son muy engañosos. De poco sirve señalar que la tasa de médicos por 10,000 habitantes ha llegado a 5 en Meso América y a 6 en América del Sur, puesto que la dispersión va desde cerca de 15 en Argentina a 0,7 en Haití. Mas aún, la disparidad va desde concentraciones de 28,8 y 28,5 (Buenos Aires y Santo Domingo) en algunas metrópolis a 0,5 en medios rurales y en los aislados hasta 1 por 50 o 60,000. En aquellas y en las capitales se congregó más del 50% de estos profesionales para servir el 18.7% de la población. También según OPS, las razones oscilan, en los dos grupos, entre 28,8 y 5,8 para los primeros y en el resto de las naciones son de menos de un tercio: entre 8 y 0,8. Cosa peor ocurre con las enfermeras cuyas proporciones van de 10,4 en Argentina a 0,4 en República Dominicana y cuya insuficiencia es enormemente mayor que la de médicos. Basta re

cordar que se acepta una concentración de 3,5 en la América Central y 1,5 en América del Sur frente a 30 para Estados Unidos y 30,4 para Canadá.

Se justifica singularizar, a modo de ejemplo tipo, el caso de Chile, en cuanto ocupa una posición intermedia en la evolución demográfica y tendría una concentración de médicos- 5,8 por-10 10,000 habitantes - idéntica a la que se atribuye al conjunto de América latina. Pues bien, la insuficiencia de mano de obra queda palmariaamente demostrada por una concentración tan baja como 1 por 10,000 en partes del territorio y, en otras, la certificación de causa de muerte no alcanza al 30%; el Servicio Nacional de Salud tiene varios cientos de cargos vacantes y emplea, en calidad de auxiliares técnicos, médicos radicados en el país y que no han validado sus títulos y, particularmente durante el verano, estudiantes de últimos años; entre un tercio y el 40% de los partos no reciben asistencia profesional alguna. Se invierten también entre nosotros muchos de los vicios que prevalecen en la Región. El 73% de los facultativos se acumula en las provincias de Santiago y Valparaíso en que reside un 40% de la población; las razones van desde 11 en aquel punto a 1 en Chile; en el SNS dedican aproximadamente los dos tercios del tiempo a pacientes hospitalizados y un tercio a la consulta externa, en circunstancias que debería ocurrir al revés; tiene entre 4 y 5 veces - mas cargos para médicos que para enfermeras y, probablemente, ninguna carencia es mas aguda que la de matronas.

Si bien urge ampliar la capacidad de las escuelas de Valparaíso, Valdivia y también las de Santiago, muchos sustentamos que es todavía mas premioso introducir reformas administrativas y de otro orden, a fin de acrecentar el rendimiento de la fuerza de trabajo existente; corregir, como se intenta con cierta timidez, la mala distribución, como asimismo el desequilibrio entre los profesionales, técnicos y auxiliares que integran el equipo de salud, En buenas palabras, propiciamos establecer realmente una empresa de salud, De nuevo los esfuerzos que realizan los colombianos ofrecen muchas inspiraciones valiosas. Propiciamos asimismo conceder preferencia manifiesta a la formación de médicos generales, enmendar la insuficiencia de pediatras y de especialistas en anatomía patológica, laboratorio clínico, radiología y otras disciplinas que denominamos "en falencia".

Basado en estos argumentos y en muchos mas y por un afán de simplificación sobrado y acaso útil, desearía plantear el problema en términos muy escuetos. Como conjunto América latina tiene tal apremio de aumentar la producción de médicos que todos los empeños serán insuficientes. Anotamos ya que, aún si la duplicara de inmediato, transcurrirían unos 20 años antes de alcanzar tasas que se juzgan hoy medianamente satisfactorias. Tomando sólo tres datos - -

población, dotación actual y graduaciones anuales - parecería que no precisan acelerar el ritmo Argentina, Uruguay, Costa Rica y Cuba; de ellos, el último porque está lanzado en una campaña activa y el penúltimo porque se halla en una fase de desarrollo en que no le queda sino crecer. Con bastante arbitrariedad, se puede, según magnitud y urgencia de la necesidad, ordenar a los demás más o menos así: Honduras, Haití, Panamá, Nicaragua, Salvador, Guatemala, República Dominicana y Brasil, en un primer grupo y en un segundo, México, Bolivia, Colombia, Chile, Perú y Venezuela.

Si varias personas intentaran este planteamiento, llegarían a otras tantas ordenaciones. Concordarían, en cambio, en que es más grave, dañino y fácil de solucionar el déficit de enfermeras. En los países avanzados se acepta que debe haber 2 o 2,5 de estas - profesionales por cada médico. Entre nosotros las proporciones son de 3,5 es a 5 y de 1,5 es a 6. Al menos la última debería invertirse. Habría consenso asimismo en que importa más que en los facultativos estén secundados por equipos de composición armónica que aumentar artificialmente el volumen de aquéllos.

Hemos hablado de médicos como si se encuadraran en un padrón general, en circunstancias que existen diferencias apreciables de calidad. Cuanto se haga por elevar y nivelar ésta, aliviar, sistematizar y mejorar la formación acarreará beneficios evidentes. Debería conducir a la formación de un médico indiferenciado - el blatocito - como han declarado proponerse Colombia y Chile. A título personal, agregó que debería fomentarse, sobre todo, a los médicos generales, no obstante saber que la profesión progresa gracias a la especialización y que especialistas de tiempo completo han subido, en Estados Unidos, de 9 a más de 50% en el último medio siglo. Una cosa es el progreso de nuestra ciencia y otra el ejercicio profesional.

Para aminorar el déficit que dice tener, Canadá se ha planteado la conveniencia de acelerar un tanto la graduación, aumentar la carga de trabajo en los primeros años, extender los horarios y abreviar los actos médicos y aplazar la jubilación. Cabría considerar estas medidas entre nosotros; pero es mucho más imperioso cohibir la hemorragia que importa la emigración. Aún si fuera factible, parece absurdo pretender que, acaso por móviles de convivencia internacional, restrinjan la inmigración los países receptores. Cuando más, se conseguiría, probablemente, que la corriente se desviara hacia otros destinos. A todas luces, la requieren varias naciones y la están suscitando. Mucho podrían hacer, en la recíproca, nuestros gobernantes para paliar la merma, mejorando la situación económica -- de los médicos y las condiciones en que se desempeñan, creando incentivos especiales para los que se alejaron con voluntad de radicarse en el extranjero o, temporalmente, con ánimo de perfeccionamiento y

resultaron tentados por circunstancias mas propicias. Argentina esta ría empleando esos incentivos con eficacia.

Con mejores expectativas de éxito que los economistas, deberíamos proponernos, mediante una política bien meditada y permanente, desarrollar nuestro mercado común. Lo estamos consiguiendo, en cierta medida, con nuestros sanitarios, planificadores y demógrafos y la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina, fundada en Río de Janeiro en 1963, representa la mejor palanca de acción. De modo inmediato los colombianos nos señalaron un camino hacia el conocimiento de los recursos humanos de salud y sus relaciones con la educación médica y profesional. Si queremos ampliar y multiplicar nuestras escuelas, tendremos que entrenar nuestros cuadros docentes. Como paso primero y pronto ¿por qué no cumplimos esta tarea en concierto y aprovechamos, para el propósito, las diversas oportunidades que brindan varias de nuestras universidades? ¿Por qué no intercambiamos profesores y ayudantes y por qué no establecemos becas para graduados jóvenes en nuestros propios países? Algunas de éstas y de los intercambios podrían ser simples trueques.

Para indicar que se cuenta con ayuda ingente del exterior, basta anotar que la Asociación de Colegios de Medicina de Estados Unidos ha recomendado que la nación destine anualmente a la educación de personal de salud del mundo desarrollado 50 millones de dólares durante 10 años y que en el registro de personas interesadas por servicio en el exterior que abrió con el objeto se habían inscrito -- 6.245 profesores de tiempo completo. Abundan las subvenciones de fundaciones internacionales y los entendimientos directos con universidades de Europa y de Norteamérica.

Signo de la época, hemos recurrido y abusado de las reuniones ocasionales de expertos, que cumplen evidentemente un fin útil. Ahora mismo sugeriría una para discutir, a base de experiencia, las posibilidades y los impedimentos para enmendar nuestros colosales defectos de distribución y los pasos que se pueden dar en este sentido. Las medicaturas rurales de Venezuela, hoy nacionalizadas, los esfuerzos de regionalización en Colombia y Chile y otras medidas en ensayo darían margen a un debate fructífero. Creo estar en condiciones de desarrollar la idea.

Sin embargo, es tiempo sobrado que estos encuentros y los documentos que emanan de ellos sirvan de inspiración y de impulso para robustecer la agencia permanente de Brasil.

Ha habido consenso en las reuniones a que aludí en condenar la formación de médicos de segunda categoría, como los feldshers de la Unión Soviética, los licenciados de India o les assistants médicaux de las antiguas colonias francesas. Ocurre que en nuestra profe-

sión el individuo a quien, teóricamente, le falta un día para titularse, no es médico en definitiva. En nuestro medio muchos de esos desertores no son fracasados y podrían utilizarse para distintos propósitos. Mucho más importante que este ahorro, ¿Por qué han de ser médicos quienes enseñan bacteriología y parasitología, física y biología, química y fisiología, para citar unas cuantas disciplinas? Hay algunas funciones que, a todas luces, puede cumplir exclusivamente el médico; pero sólo esas deben confiársele. Durante la mayor parte de mi vida profesional, él ha practicado los exámenes de Wasserman y de orina y aún desarrollado las placas radiográficas y todavía resiente que otra persona verifique la visión de un miope que necesita un par de anteojos. Estalló un pequeño escándalo cuando entrenamos a las enfermeras para que tomaran la presión arterial y no se ha impugnado el absurdo de que colegas se empeñen en los menesteres domésticos que implica la administración de hospitales. El principio general debería ser precisamente entregar al médico únicamente las funciones que solo él puede desempeñar. Si bien ha dejado de pesar criaturas en el consultorio de niños sanos, como ocurría en mis tiempos, insiste aún en atender los partos normales, que son la abrumadora mayoría. En nuestra indigencia ninguna medida singular reviste acaso más importancia que el desarrollo de los profesionales y los técnicos de colaboración de que son ejemplo - la trabajadora social en psiquiatría, la bibliotecaria, la secretaria y el fotógrafo. Recientemente observé con admiración el servicio que prestan, en Nueva Zelanda, las higienistas dentales a los escolares y a los niños, en general.

Como resabio del concepto de que nuestra profesión es, en la jerga de los economistas, eminentemente competitiva, subsiste el recelo inconfesado de los extranjeros. Hace poco tiempo, dilapidé energías tratando de suscitar la importación de un grupo circunscrito de facultativos belgas que quería emigrar a Chile. En tanto que en Estados Unidos, Canadá y Australia, entre otros, fomentan estas inmigraciones y han elaborado sistemas para verificar la calidad y la competencia de los candidatos, nosotros nos obstinamos en una política de puertas cerradas. Es una manifestación de complejo de inferioridad de que bien podríamos desprendernos.

Con ánimo que no es festivo del todo, suelo recordar a mi interlocutor que los sexos bastantes equiparados. En la Unión Soviética se entrega la profesión médica preferentemente a las mujeres y ellas comienzan a exceder de los varones en las escuelas dentales de mi tierra. No afirmo que convenga copiar a los rusos; pero sí que deberíamos darle al otro sexo acceso más amplio y, además, que se derrochara buena parte de su fuerza de trabajo. En Estados Unidos más del 50% de las enfermeras son casadas y, en diversas naciones avanzadas, se ha verificado que una cantidad importante de estas profesionales y de otras se reincorporan a sus actividades después de los 35 años. Estas alusiones tienen por objeto, de una parte, expresar mi convicción de que el ejercicio de la medicina debería estar, en buena parte, en ma-

nos femeninas y, de otra, apuntar al despilfarro que implica no emplear mas el personal de tiempo parcial y no recuperar personas que podrían y desearían volver al mercado de trabajo.

En suma es insuficiente, a todas luces la producción y todavía mas defectuosa la distribución de médicos en la Región. No obstante los progresos apreciables de los últimos tiempos, nuestro panorama sanitario todavía se muestra muy sombrío. Esos defectos entran todas las iniciativas destinadas a mejorarlo. Hay indudable conveniencia en dilucidar la magnitud y la variedad de necesidades y recursos y, con el objeto, se han dado pasos bien encaminados. Sin embargo, aparece evidente que éstos no serán suficientes, en un futuro previsible, para satisfacer aquéllas y que basta la información disponible para elaborar y poner en marcha un programa de acción inmediata y a plazo in definido. Se insinúan algunas de las medidas que procede tomar desde luego si se recomienda, con mucha vehemencia, realizar la labor concer tadamente. Se habla de un mercado común y de una empresa de salud. El mero intercambio de opiniones y experiencia a que dan lugar reuniones de este tipo aporta beneficios positivos y abundantes. De eficacia in comparablemente mayor resulta contar con una agencia permanente que podría ser, de seguro, la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales de Facultades de Medicina. América Latina es una región y sus habitantes deben pensar y actuar como miembros de una misma comunidad; los dirigentes poseen conocimientos y han adquirido bastante madurez como para cumplir un programa de largo aliento. No esperan otra cosa de ellos los países a que pertenecen y que les confiaron responsabi lidades superiores.

Mucho se dice que las universidades constituye asociaciones libres de personas que se ocupan de perfeccionar y difundir esos conocimientos. En el mundo moderno tienen obligación, además, de mantenerse atentas a los acontecimientos del momento y aún anticiparse a lo que ha de ocurrir en las sociedades de que forman parte y que las sustentan. Iluminar el camino y colaborar activamente con los hom bres que se empeñan en cautelar la salud individual y colectiva repre senta uno de sus deberes mas nobles y mas gratos.

TEMA II: "PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN AMERICA LATINA EN RELACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD".

Dr. Luis A. León (Ecuador)

LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN EL ECUADOR EN RELACION
CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD

Estos problemas de trascendental importancia, complejos y subordinados a los recursos económicos y humanos de nuestras facultades de Medicina y a su capacidad productora deben ser estudiados y resueltos, principalmente, no sólo a base de la medicina, sino también de la Historia, de la Estadística y de la Sociología.

I. LA PRODUCCION DE MEDICOS

Breve historia de las tres Facultades de Medicina . En el Ecuador se han encargado de preparar y proveer de médicos: La Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil, y la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca.

La Facultad de Medicina de Quito es la más antigua; se inició con la Cátedra de Medicina, que por cédula real fue erigida el 13 de Abril de 1893 en la Universidad de Santo Tomás de Aquino; no obstante haber sido honrada por maestros de gran prestigio, tales como el Dr. Joseph Fisieu de nacionalidad Francesa, el Dr. Francisco Bentbol, -- Fray Felipe de los Angeles, que fué Catedrático de prima y Protomédico de los Reynos del Perú, y algunas figuras más pertenecientes a otras órdenes religiosas, en sus aulas, hasta el año de 1786, apenas alcanzaron a obter el título de médicos y muchas de las ciudades de esta Real Audiencia carecían totalmente de Facultativos; se imponía dar a toda la Universidad una nueva estructuración y orientación para mejorar su enseñanza y aumentar el número de profesionales. Por orden Real, la Junta de Aplicaciones de Temporalidades resolvió el 4 de Abril de -- 1786 crear en Quito una verdadera Universidad, declarando secularizada la que dirigían los dominicos, conservando el mismo nombre de Santo Tomás de Aquino; la nueva Universidad se inaugura el 9 de Abril de 1788, con su cátedra de medicina siguió mereciendo de las autoridades universitarias poca atención. Cuando el Ecuador proclamó su independencia y formó parte de la Gran Colombia, el Congreso de Cundinamarca dispuso

el 28 de Marzo de 1826 la organización de las Universidades Centrales en las Capitales de los Departamentos de Cundinamarca, Venezuela, y Ecuador; en virtud de cuyo decreto la Universidad de Santo Tomás, tomó el nombre de Universidad Central, con sus Facultades de Derecho y de Medicina. Por decreto legislativo del 15 de octubre de 1867 se estableció en capitales de las provincias del Azuay y Guayaquil una Junta o Corporación compuesta de superiores y catedráticos de los respectivos colegios seminarios y nacional, la cual podía conferir todos los grados académicos.

La Universidad de Guayaquil, inicialmente llamada "Junta Universitaria", se fundó el 1º de Diciembre de 1867; el 7 de Noviembre de 1877, se creó en ella la Facultad de Medicina, siendo su Primer Decano el Dr. Alejo Lascano Sahamonde, uno de los más ilustres médicos de la ciudad. Según expresa el Lcdo. Julio Pimentel Carbo (1): " La Escuela de Medicina da categoría a la Corporación Universitaria; concreta los ideales de la - instrucción superior y canaliza los esfuerzos y necesidades de la ciudad abandonada al empirismo y prácticas anticuadas.- Por otra parte, la Facultad de Medicina se convirtió desde su fundación en un pequeño Ministerio de Sanidad, pues, tuvo que resolver muchos problemas administrativos. Se le había encargado la organización de algunos servicios públicos, y la resolución de varios asuntos de Higiene y Sanidad". A los 90 años, se le vuelve a confiar a esta Facultad, mediante convenio suscrito entre el Ministerio de Salud y Asistencia Social en dicha ciudad (10 de Octubre de 1867).

La Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, formando parte de la "Corporación Universitaria" se estableció en 1º de enero de 1868. Pero ya, el 16 de marzo de 1886, por decreto legislativo, se creó en el Hospital de Cuenca una cátedra de Medicina, debiendo la enseñanza de esta cátedra abrazar los estudios de anatomía descriptiva y general de fisiología, botánica, química e higiene (2).

Curvas de crecimiento del cuerpo médico y de la población, de 1863 a 1967.

Para poder apreciar mejor la producción de médicos y el movimiento demográfico del país, considero útil consignar algunos datos recogidos, por lo menos desde 1863.

1863 . La Academia Nacional del Ecuador (3), en dicho año de para el país 81 médicos residentes. Y según las Memorias e informes presentados al Congreso por los Ministros del Interior, la República tenía en ese año 900.435 habitantes.

1894 . El "Diario de Avisos" (5), con motivo de la Exposición en Chicago, publica la nómina total de "Médicos y Cirujanos de la República -- del Ecuador", dando la cifra de 209 médicos, en la misma publicación se señala para el país una población de 1.500.00 habitantes.

1909 . La Compañía "Guía del Ecuador" (6) nos ofrece en ese año la guía Profesional de cada una de las provincias del país; el total de médicos de la República llega a la cifra de 239,; la misma publicación trae para el país 1.674.446 habitantes.

1932 . El Dr. Francisco Marchán (7) en un interesante estudio publicado. en ese año, señala para el país 392 médicos y 2.000 habitantes.

1938. El A., en colaboración con el Dr. Julio Falcony (8) emprendió en

la elaboración de la nómina del cuerpo médico ecuatoriano residente en el país, cuya cifra llegó a 624 Facultativos; la población del Ecuador, -- según datos ofrecidos por la Dirección General del Registro Civil, fué la de 2.863.459 habitantes.

1941 . La dirección Nacional de Estadísticas (9) para el año de 1941 proporcionó los siguientes datos: Médicos 554; habitantes, y la tasa de -- 1,8 por 10,000 habitantes. Debemos aclarar que al pie consta la siguiente nota: "Estos datos, por la fuente de donde proceden son bastantes --- aproximados, pero no exactos". Comparando con los datos constantes en el año 1938, se aprecia que en 1941 se registran una disminución de 70 médicos, por lo cual participamos de la opinión de que la información dada por la Dirección de Estadísticas no es exacta.

1955 . El Dr. Canaperia (10) , Presidente del Consejo Ejecutivo de la OMS. ha dado para el Ecuador la relación de un médico por 4,200 habitantes. La sección de Bioestadísticas del Servicio Sanitario Nacional da para el año de 1955 la población de 3.645.354 habitantes (11), o sea una tasa del 2,3 por 10.000 habitantes.

1957 . La organización Panamericana de Salud (12) dió para el Ecuador una razón de 3,4 médicos por 10.000 habitantes; en ese año la población del país era de 3'867,000 habitantes.

1963 . De acuerdo con el Plan General de Desarrollo (13) existían en el Ecuador tan solo 1.670 médicos, y de acuerdo con el II Censo de Población (14), la población del país ascendió a 4'581,476 habitantes, o sea había un médico por cada 2.833 habitantes.

1965 . La Organización Panamericana de la Salud (15) nos proporciona estos datos del Ecuador. 1698 médicos y una razón de 3,3 por 10.000 habitantes, para el año de 1965 se ha calculado en el Ecuador una población de 5.145.000 habitantes, una relación de 1 médico por cada 3.030 habitantes.

1967 . Gracias a la lista de médicos elaborados por los Laboratorios Life (16), sabemos que en el país existen, ejerciendo la profesión, 1.991 facultativos, para este año la población del Ecuador se calcula en --- 5.500.000 habitantes; por tanto, tenemos actualmente la relación de 1 médico por cada 2.762 habitantes, la tasa de 3,6 médicos por 10.000 habitantes.

Los datos que anteceden sintetizaremos en el siguiente cuadro:

Cuadro de Crecimiento del Cuerpo Médico y de la población
del Ecuador 1863-1967

Años	Población del país	Nº de Relación de 1 médico por habitantes	Tasa por 10.000 habtes.
1863	900.435	81 1x 11017	0,8
1894	1.500.000	209 1x 7.177	1,3
1909	1.674.446	237 1x 7.065	1,4
1932	2.000.000	407 1x 4.914	2,0
1938	2.863.459	616 1x 4.848	2,1
1941	3.029.910	554 (?) 1x 5.469	1,8
1955	3.645.354	867 1x 4.200	2,3
1957	3.867.000	1.314 1x 2.942	3,4
1962	4.581.476	1.670 1x 2.833	2,6
1964	5.145.454	1.698 1x 3.030	3,3
1967	5.500.000	1.991 1x 2.762	3,6

Si exceptuamos los datos correspondientes al número de médicos en el año de 1941 y en 1964 se observa que en el lapso de 104 años, la relación de médicos a la de habitantes ha ido disminuyendo progresivamente, en cuanto a la tasa por 10.000 habitantes ha ido, en cambio, subiendo hasta llegar a 3,6 en 1967.

Considero de suma importancia conocer la situación que ocupa el Ecuador, frente a los demás países del Continente, en lo que se refiere a la relación de médico y habitantes y a la tasa por 10.000 habitantes.

Ateniéndose al estudio del Dr. Canaperia (10) en 1955 podemos colocar a los países del Continente en el siguiente orden:

Haití	1 médico x 10.600 habitantes
Guatemala	1 médico x 5.800 "
Salvador	1 médico x 5.400 "
Bolivia	1 médico x 4.800 "
Perú	1 médico x 4.600 "
ECUADOR	1 médico x 4.200 "
Panamá	1 médico x 3.600 "
Costa Rica	1 médico x 3.200 "
Nicaragua	1 médico x 2.900 "
Brasil	1 médico x 2.900 "
Rep. Dominicana	1 médico x 2.900 "
Colombia	1 médico x 2.800 "
Paraguay	1 médico x 2.800 "
México	1 médico x 2.300 "
Chile	1 médico x 1.800 "
Venezuela	1 médico x 1.800 "
Cuba	1 médico x 1.700 "
Canadá	1 médico x 1.200 "
U.S.A.	1 médico x 800 "

El Ecuador, yendo en orden descendente, en 1955 vendría a ocupar el 6º lugar, lo que nos indicaría que cada médico tendría por entonces que atender a un número elevado de habitantes, o sea casi al doble de lo que le corresponde a un médico mexicano; el número de habitantes por médico en dicho año, para los países de Europa, resulta mucho más bajo de lo que se registraba en América, efreceremos los datos de los principales países: Austria, 1 médico por 650 habitantes: Noruega, 1 x 591, Italia 1 x 800, Islandia, 1 x 810, Alemania, 1 x 778, Hungría, 1 x 964, Francia 1 x 1.195, Gran Bretaña, 1 x 1.1.43; Portugal, 1 x 1.500; España 1 x 1.000; U.R.S.S. 1 x 1.072, etc.

Veamos ahora la situación del Ecuador en el año de 1965, frente a los demás países del continente, basándonos en los datos de la Organización Panamericana de la Salud (15).

<u>Países</u>	<u>Año</u>	<u>Nº de médicos</u>	<u>Razón por 10.000 habitantes</u>
Haití	1965	311	0.7
Honduras	1965	341	1.6
Salvador	1964	625	2.2
Guatemala	1964	1.066	2.5
Bolivia	1963	1.032	2.9
ECUADOR	1965	1.698	3.3
Trinidad y Tabago	1962	350	3.9
Brasil	1962	29.840	4.0
Nicaragua	1965	698	4.2
Colombia	1963	7.453	4.4
Costa Rica	1963	634	4.7
Perú	1964	5.262	4.7
Jamaica	1964	854	4.9
México	1965	21.165	5.2
Panamá	1964	628	5.3
Chile	1964	4.842	5.8
Paraguay	1964	1.180	6.0
República Dominicana	1964	2.153	6.2
Venezuela	1964	6.584	7.8
Cuba	1965	6.815	8.9
Uruguay	1964	3.051	11.4
Canadá	1962	21.411	11.6
Argentina	1962	31.831	14.9
Estados Unidos	1964	295.296	15.4

Pese el haber transcurrido 10 años desde los cálculos realizados en 1955, el Ecuador no ha cambiado de situación en cuanto a la tasa de médicos; pues, sigue ocupando el 6º lugar; el Perú, que en 1955 estaba en 5º lugar, en 1964, ha mejorado, llegando a ocupar el 12º lugar; Colombia que estaba en 1955 el 12º lugar, en 1963, ha desmejorado, llegando a situarse

en el 10º lugar. De esta manera, resulta muy interesante conocer las variaciones que han sufrido los países de nuestro Continente en cuanto a la tasa de médicos por 10.000 habitantes.

Veamos ahora, el número de médicos graduados en las tres Facultades de Medicina del Ecuador; del año lectivo de 1951-1952 al de 1960-1961 o sea en el lapso de una década se han graduado 1.414 médicos, o sea un promedio anual de 141 médicos, y desde 1961 hasta 1966 inclusive, en las tres Facultades se han incorporado un total de 701 médicos, o sea un promedio anual de 116. Comparando la producción en los dos periodos existen el último, 25 médicos menos, por cada año lectivo, dato muy revelador de que la producción de médicos en lugar de aumentar ha disminuido.

Para una mejor apreciación daremos a conocer el número de médicos graduados desde 1961 a 1966, en las tres Facultades de Medicina, según los datos del Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Central (17).

La producción de Médicos en las tres Facultades de Medicina

<u>Facultades de Medicina</u>	<u>A Ñ O S L E C T I V O S</u>						
	<u>1961 1962</u>	<u>a</u> <u>1962 1963</u>	<u>a</u>	<u>1963</u>	<u>1964</u>	<u>1965</u>	<u>1966</u>
Universidad Central	66	41		28	54	67	76
" de Guayaquil	52	41		47	37	76	70
" " Cuenca	12	3		4	6	13	8
Totales	<u>130</u>	<u>85</u>		<u>79</u>	<u>97</u>	<u>156</u>	<u>154</u>

De los médicos graduados en las tres Facultades de Medicina, el 91% son hombres y el 9% mujeres.

Es necesario que conozcamos el número y porcentaje de médicos incorporados en relación al número total de profesionales que se gradúan en los diferentes establecimientos de educación superior a fin de apreciar la orientación que tiene la juventud universitaria y el movimiento profesional como recurso humano en el desarrollo cultural y económico del país.

La producción de Profesionales en los Establecimientos de Educación

SUPERIOR

<u>AÑOS</u>	<u>LECTIVOS</u>					
	1961 a	1962a	<u>1963</u>	<u>1964</u>	<u>1965</u>	<u>1966</u>
	<u>1962</u>	<u>1963</u>				
Total de graduados (+)	670	656	661	707	980	1166
Graduados en Medicina	130	85	79	97	156	154
Graduados en Medicina %	19	13	12	13	15	13

Del cuadro que precede podemos sacar, provisionalmente, estas conclusiones:

- 1.- Que a partir de 1964 se aprecia un aumento progresivo del número de profesionales graduados en las diferentes Escuelas Universitarias.
- 2.- Que el porcentaje de los médicos incorporados en las tres Facultades de Medicina en relación con el total de profesionales graduados en las Universidades y Escuelas Politécnicas del país(+) oscilan entre el 19% y el 12%, y que se nota una tendencia a mantenerse este porcentaje por debajo del 15%.

(+) Ingeniería Agronómica, Medicina Veterinaria, Arquitectura, Economía, Administración, Ingeniería Civil, Ingeniería Industrial, Pedagogía, Periodismo, Psicología, Educación Física, Jurisprudencia, Derecho Internacional, Medicina Obstetricia, Enfermería, Odontología, Bioquímica y Farmacia, Ingeniería Química, Ingeniería Eléctrica, Ingeniería Mecánica, Química Industrial, Ciencias Naturales, Ingeniería de Minas, Ingeniería Naval, Ingeniería Agrícola.

(+) Universidad Central, Universidad de Guayaquil, Universidad de Cuenca, Universidad de Loja, Universidad Técnica de Manabí, Universidad Católica de Quito, Universidad Católica de Guayaquil, Escuela Politécnica de Quito y Escuela Politécnica del Litoral.

3.- Que, mientras los estudios realizados por el Instituto de Investigaciones Económicas y Financieras de la Universidad Central (16) dá para el quinquenio de 1957 a 1961 un crecimiento de población estudiantil de 11,0 y que el cálculo para el año de 1973 arroja una población estudiantil de 20,000, el crecimiento de la población estudiantil en Medicina tiende a permanecer estacionada, y el porcentaje en relación a toda la población Universitaria, a disminuir.

4.- Que en un país que crece económica y demográficamente, este estancamiento, de la población estudiantil en Medicina, no es un fenómeno rural y que tiene gravemente que repercutir en la salud de la población del país, y por ende, en su desenvolvimiento biológico, económico y social.

Este fenómeno puede obedecer a las siguientes causas:

- a) Al menor número de alumnos en la especialización de Ciencias Biológicas de los Colegios de Enseñanza Secundaria con relación con el número de alumnos de las demás especializaciones.
- b) A las mayores exigencias que existe para los exámenes de ingreso a las Facultades de Medicina.
- c) Al mayor número de años de estudios en las Escuelas de Medicina y al mayor número de horas en el Pensum de Estudios, en comparación con las demás escuelas, lo cual impide a los alumnos de medicina costearse sus propios estudios.
- d) La creación cada vez mayor de nuevas Escuelas é Institutos de Educación Superior, las mismas que atraen la atención de los Bachilleres, ya por las becas que otorgan, ya por otras facilidades de estudios o simplemente por novedad.
- e) A la postergación que las escuelas de Medicina han sido objeto por parte de las autoridades universitarias y por el Estado, en cuanto a los recursos económicos, didácticos y humanos.
- f) A las mejores remuneraciones que la administración pública y las entidades particulares dan a los demás profesionales, especialmente a los economistas, ingenieros textiles, arquitectos, odontólogos, veterinarios, ingenieros textiles, ingenieros agrónomos, ingenieros químicos, etc., no obstante haber realizado sus estudios universitarios en menor tiempo que el médico.
- g) A la competencia cada vez mayor en el ejercicio de la profesión médica en el medio urbano, a consecuencia de la plétora de facultativos en el medio.
- h) A la circunstancias de que el médico inicia su vida profesional más tarde que en otras profesiones, por lo cual, su jubilación

como empleado público o particular, lo hace más tarde, muchas veces en condiciones precarias de salud. Pese a que está expuesto a contraer enfermedades infecciosas y ser menor su expectativa de vida, debido a su actividad profesional, no se le reconoce riesgos de trabajo, ni se lo concede, en todos los casos, seguro de enfermedad.

- i) Al hecho de que la sociedad es exigente e injusta con el médico pues desde la época colonial, su preparación, abnegación y humanitarismo ha sido explotadas y pésimamente evaluadas.
- j) Al sinnúmero de pruebas que sólo a este profesional se le somete, como simple aspirante a un cargo público, etc.

La producción de médicos en el Ecuador está sujeta a los siguientes fenómenos migratorios:

- 1º Al éxodo de los facultativos jóvenes nacionales hacia otros países del Continente, sobre todo a Estados Unidos de Norte América, a Venezuela, Cuba, etc.
- 2º Al retorno de los médicos extranjeros graduados en las universidades ecuatorianas, hacia su país de origen figurando entre aquellos principalmente médicos colombianos, venezolanos y panameños, cuyo número varía entre el 4 al 6% y;
- 3º A la convalidación de títulos de médicos y de doctores en medicina y cirugía de ecuatorianos y extranjeros que han estudiado y se han graduado en universidades de otros países, tales como Argentina, Brasil, México, España y Alemania, cuyo número puede variar entre 10 y 15 al año.

II. DISTRIBUCION DE LA POBLACION Y DE LOS MEDICOS EN EL PAIS

Para poder formar un concepto claro acerca de la distribución de los médicos en el territorio nacional se hace imprescindible conocer también a través de algunos años, la distribución de la población del país desde el punto de vista geográfico con el objeto de apreciar el desarrollo demográfico y profesional en cada una de cada una de las tres regiones geográficas del Ecuador: Litoral, Sierra, Oriente o Región Trasandina o Amazónica.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTAJE DE LA POBLACION DESDE 1909 a 1967

<u>Años</u>	<u>Población total</u> <u>100%</u>	<u>Litoral%</u>	<u>Sierra%</u>	<u>Oriente%</u>
1909	1'674.446	503.200 30,0	1'086.256 64,9	85.000 5,1
1938	2'863.559	919.756 32,1	1'755.499 61,6	188.304(?) 6,3
1950	3'202.757	1299.841 40,5	1'856.445 57,9	46.471 1,6
1955 (30-VI)	3'710.291	1601.010 43,1	2'051.566 55,3	57.715 1,6
1962 (30-VI)	4'591.236	2141.345 46,6	2'374.570 51,7	75.321 1,7
1965 (30-VI)	5'150.300	2415.851 46,9	2'643.977 51,5	90.472 1,6
1967 (30-VI)	5'500.000	2614.274 47,5	2'786.210 50,6	99.516 1,9

Del cuadro que precede se deduce:

- 1° Que en 1909, o sea hace 58 años la población del Litoral era, - aproximadamente, la tercera parte de la población total del país, la población de la Sierra estaba constituida por las dos terceras partes de la población total,
- 2° Que en los años sucesivos de la población del Litoral ha crecido notablemente, llegando en el lapso de 58 años a elevarse al 46.9% de la población total, mientras se ha registrado lo contrario en la Sierra;
- 3° Que a partir de 1962 tiende a equilibrarse la población del Litoral y de la Sierra, existiendo hasta la presente un ligero predominio de población en esta última;
- 4° Que la población del Ecuador en el lapso de 58 años ha llegado a triplicarse;
- 5° Que la población de la Región Oriental es sumamente baja en relación a la población total del país, y que mientras en 1909 representaba el 5,1% de la población total, en 1967, representaba a lo mucho el 1,9%.

A que factores podemos atribuir el aumento de la población del Litoral?

- 1° A la acción de la campaña antipalúdica llevada a cabo en el país desde 1949 y especialmente en el Litoral, en donde la malaria - era el flagelo de sus habitantes e impedía el desarrollo demográfico y económico de la región, una área de 152.862 K2, con una

población de 2'345.000 habitantes (el 67% de la población total) estaba gravemente afectada por el paludismo en forma endémica - (17) ;

- 2° Al aumento de las asignaciones presupuestarias en general para las actividades sanitarias en el país y especialmente en el Litoral; quizá el 80% del presupuesto sanitario nacional ha estado dedicado a la protección fomento y reparación de la salud de los pobladores de la Costa;
- 3° Al incremento de la agricultura en todo el Litoral, y sobre todo al cultivo y exportación del banano, café, arroz, cacao y otros productos tropicales;
- 4° Al desarrollo vial en la Región;
- 5° A la migración de los habitantes de la Sierra a los campos agrícolas de la Costa.

Una vez que hemos conocido la distribución geográfica y el porcentaje de la población, pasemos a considerar la distribución y porcentaje de facultativos en las tres regiones geográficas del país, a base por lo menos de los datos que hemos recogido.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTAJES DE LOS MEDICOS DESDE 1909 a 1967

<u>Años</u>	<u>Total de Médicos</u>	<u>100%</u>	<u>Litoral</u>	<u>%</u>	<u>Sierra</u>	<u>%</u>	<u>Oriente</u>	<u>%</u>
1909	237	"	94	36,6	143	60,4	0	0
1932	407	"	142	34,8	265	65,2	0	0
1938	616	"	252	41,0	362	58,7	2	0,3
1967	1991	"	985	49,4	989	49,6	17	1,0

De este cuadro podemos deducir:

- 1° Que el número y porcentaje de médicos ha ido en aumento.
- 2° Que el porcentaje de médicos de la Sierra en relación al total de médicos del país ha ido disminuyendo en el lapso de los 58 años;
- 3° Que actualmente los porcentajes de médicos de la Costa y de la Sierra son prácticamente iguales: 49,4% para la Costa, y 49,6% para la Sierra.
- 4° Que el número y porcentaje de médicos en el Oriente son mínimos.

Consideramos, ahora la tasa de médicos por 10.000 habitantes en las tres regiones geográficas del país.

TASA DE MEDICOS POR 10.000 HABITANTES EN LAS 3 REGIONES DEL PAIS

<u>Años</u>	<u>Nº total de Médicos</u>	<u>Tasa</u>	<u>Litoral</u>	<u>Tasa</u>	<u>Sierra</u>	<u>Tasa</u>	<u>Oriente</u>	<u>Tasa</u>
1909	237	1,4	94	1,8	143	2,8	0	0
1938	616	2,1	252	2,7	362	2,6	2	0,2
1967	1.991	3,6	985	3,7	989	3,5	17	1,7

Del cuadro anterior podemos sacar estas conclusiones:

- 1° La tasa de médicos por 10.000 habitantes ha ido aumentando progresivamente en el país y en cada una de las tres regiones.
- 2° Que en el Litoral la tasa de médicos por 10,000 habitantes es prácticamente igual a la de la Sierra, y que hasta la presente las tasas marchan casi paralelamente, y;
- 3° Que la tasa en el Oriente es sumamente baja: 1,7.

Es de suma importancia conocer la distribución de la población y de los médicos en el país de acuerdo con las áreas urbanas y rurales.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION Y PORCENTAJES EN LAS AREAS URBANAS Y RURALES

Años	DEL PAIS					
	Población Total	100%	Población Urbana	%	Población Rural	%
1938	2'863.559	"	969.943	33,87	1'893.616	66,23
1950	3'202.757	"	1'306.750	48,47	1'796.007	51,53
1962	4'581.476	"	1'616.584	35,28	2'964.892	64,72
1967	5'500.000	"	2'090.000(?)	38,00	3'410.000	62 (*)

DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS Y PORCENTAJES EN LAS AREAS URBANAS Y RURALES

Años	Total de médicos	100%	Médicos en Z. Urbanas	Tasa	Médicos en Z. rurales	Tasa
1938	161	"	503	81,65	13	18,35
1967	1.991	"	1.879	93,87	112	6,13

TASA DE MEDICOS POR 10,000 HABITANTES EN AREAS URBANAS Y RURALES

Años	Nº Total Médicos	Tasas	Médicos en Z. Urbana	Tasa	Médicos en Z. rurales	Tasa
1938	616	2,1	503	5,1	13	0.06
1967	1.991	3,6	1.879	8,9	112	0,3 (*)

(+) Los cálculos de población para el año de 1967 son APROXIMATIVOS.

(*) Los cálculos de población para el año de 1967 son aproximativos.

En el cuadro de distribución de la población y porcentajes en las áreas urbanas y rurales observamos en todos los años que el porcentaje de la población urbana es menor que el de la población rural, ya desde el 33%; apreciamos también que el porcentaje de la población urbana va subiendo progresivamente, excepción hecha del año de 1950, pero es necesario aclarar que en el Censo de población levantando en el país en ese año (22) se estableció además, la población suburbana (492,818 habitantes, o sea el 15,38% de la población) por consiguiente, población netamente urbana del Ecuador durante 1950 estaría constituida por el 33,09%; de esta manera, el porcentaje de aumento de la población urbana es progresivo, y por ende, el porcentaje de la población rural, en relación a la población total, disminuye progresivamente. Sin embargo podemos observar que las dos terceras partes de la población del país es rural.

Si analizamos, ahora, el cuadro de la distribución de los médicos y porcentajes en las áreas urbanas y rurales, vemos que acontece un fenómeno inverso: en 1938, el 81.6% de los facultativos ejercían profesión en áreas urbanas, y en 1967, el fenómeno es aún más grave, pues, el cuerpo médico urbano llega al 93,87% de la totalidad de galenos del país. En cuanto a la tasa de médicos por 10.000 habitantes en las dos áreas, aquella está en relación con lo expuesto: en 1938 la tasa de médicos en las urbes fué la de 5,1 y llega en 1967 a 8,9, y sino se toman medidas de orden médico, sanitario y social la situación se agravará en los años venideros. Todavía más, considerando los centros urbanos, son Guayaquil, Quito y Cuenca las ciudades de mayor concentración de médicos, según consta en el siguiente cuadro:

NUMERO Y PORCENTAJE DE MEDICOS EN LAS CIUDADES DE GUAYAQUIL, QUITO Y CUENCA

<u>Años</u>	<u>Total de Médicos</u>	<u>100%</u>	<u>Guayaquil</u>	<u>%</u>	<u>Quito</u>	<u>%</u>	<u>Cuenca</u>	<u>%</u>	<u>En las 3 ciudades</u>
1909	237	"	61	23,73	45	18,98	45	18,98	63,69
1932	407	"	134	32,92	119	29,23	70	17,19	79,34
1938	616	"	179	29,05	162	26,29	63	10,22	65,56
1967	1.991	"	663	33,29	565	28,37	105	5,27	66,93

RELACION DE MEDICOS A POBLACION EN GUAYAQUIL, QUITO Y CUENCA

<u>Años</u>	<u>Guayaquil</u>	<u>Quito</u>	<u>Cuenca</u>
1909	1x 1.314 habitantes.	1x 1.333	1x 777
1932	1x 8955 "	1x 777	1x 570
1938	1x 821 "	1x 790	1x 730
1967	1x 921 "	1x 792	1x 714

TASAS DE MEDICOS POR 10.000 HABITANTES EN GUAYAQUIL, QUITO y CUENCA

Años	Guayaquil		Quito		Cuenca	
	<u>población</u>	<u>Tasa</u>	<u>población</u>	<u>Tasa</u>	<u>población</u>	<u>Tasa</u>
1909	80.000	7,6	60.000	7,5	35.000	12,8
1932	120.000	11,1	92.000	12,9	40.000	17,5
1938	146.964	12,1	128.000	12,6	46.000	13,6
1967	611.000	10,8	450.000	12,5	75.000	14,0

A base de estos tres cuadros estadísticos podemos hacer las siguientes deducciones:

- 1° El número y el porcentaje de médicos en relación al número total de facultativos en el país, en las tres ciudades aumentan a medida que transcurre el tiempo.
- 2° Que en el presente año exactamente las dos terceras partes de la población médica del país se encuentran concentradas en las ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca;
- 3° Que Guayaquil mientras en 1909 contaba con la cuarta parte del número de médicos del país, el 1967 cuenta ya con la tercera parte;
- 4° Que a los médicos de Guayaquil actualmente les corresponde la atención de mayor número de habitantes: 1 x 714 habitantes.
- 5° Que la tasa de médicos por 10.000 habitantes de Guayaquil es inferior a la de Quito y Cuenca.

La concentración de los médicos en las grandes urbes, es un fenómeno que se registra en casi todos los países de la América Latina, con menugua de la salud de la población rural.

Debemos poner de manifiesto que el desarrollo de las actividades médicas en el medio rural ecuatoriano, como en el de la mayor parte de los países latino-americanos, cuenta con un factor desfavorable: el elemento indígena, elemento que rehúsa los servicios de la clase médica y paramédica y recurre sistemáticamente a los curanderos y brujos. Nos permitimos ofreecer los siguientes datos acerca de la población indígena del Ecuador, a través de varios años y en relación con la población del país.

POBLACION INDIGENA EN RELACION A LA POBLACION TOTAL

Años	<u>Población Total</u>	<u>Indios</u>	<u>%</u>	<u>Referencia Biográfica</u>
1781	342.739	222.618	64,95	(4,p.35)
1938	2'864.575	1'117.185	41,0	(9,p.55)
1942	3'089.078	1'204.740	39,0	(9,p.55)18,p.48
1950	3'202.757	1'281.102	40,0	(18,T.I.p.20 y 158-59)
1965	4'298.449	1'634.400	38,2	(19,pp.297 y 299)

Si la población rural del Ecuador está integrada por la población indígena, resulta, pues, que los porcentajes de indios arriba señalados resta en más del 39% de los servicios profesionales del médico; calculando a base de los datos del año de 1942, la población campesina que quedaría bajo la atención médica, se reduciría al 26,0%. Desde el punto de vista médico, sanitario, económico y social, el Estado está más obligado a proteger, fomentar y reparar la salud de la población del agro, despregando todos los recursos humanos, económicos y culturales. El problema, como hemos expresado, no es sólo ecuatoriano, sino de todo el Continente para el año de 1950 se calculó la población total de América en 326.400.029 habitantes, y la población de indios, en 14.946.822 (18); en el año de 1962 se estimó para la América una población de 381.269'425 habitantes, de los cuales 15'092.745 pertenecen a la raza indígena.(19).

III. PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN RELACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS

Para poder calcular los requerimientos del Ecuador, en facultativos de conformidad con el crecimiento vegetativo de la población, daremos a conocer los datos demográficos proporcionados por la Junta Nacional de Planificación y Coordinación Económica para los años de 1961 a 1965.(20).

MOVIMIENTO DEMOGRAFICO DEL ECUADOR DE 1961 a 1965

<u>Años</u>	<u>Nacimientos</u>	<u>Defunciones</u>	<u>Crecimiento Vegetativo</u>
1961	208.455,	58.166	150.289
1962	215.980	60.082	155.898
1963	225.099	61.129	163.970
1964	219.137	58.989	160.148
1965	226.436	60.202	166.734

En el lustro de 1965 se ha registrado en el país un crecimiento vegetativo de 796.539 habitantes; en dicho lapso las tres Facultades de Medicina han graduado 547 médicos; si aceptáremos, por el momento, la tasa de 3,6 por 10.000 habitantes, la misma que se ha calculado para el año 1967, serían necesarios 286 médicos; por tanto, en los cinco años tendríamos un excedente de 261 médicos, o sea 52 por año; en cambio, al considerar una tasa del 10 x 10.000 habitantes habría en los cinco años un déficit de 249 médicos o sea un faltante de 50 médicos del año, siempre que su distribución fuera equitativa en todas las áreas del país según la tabla que hemos transcrito de las tasas de médicos en América, en 1965 Cuba tenía una del 8,9 x 10.000 habitantes; Canadá, el 11,6; Argentina el 14,9 y Estados Unidos, el 15,4. La Organización Panamericana de la Salud (12) en 1957 calculó para la América del Sur 69.914 médicos y una tasa de 5,3 para el año de 1980 se estimaría necesarios 5.717 médicos, si en 1967 contamos con 1991 médicos, en los 13 años restantes tendríamos que necesitar de 3.726 médicos más, o sea una producción anual de 309 médicos; en resumen, en los 13 años venideros - estaríamos obligados a duplicar la producción anual de médicos para poder llenar así las necesidades estimadas para el año 1980.

Ante este cálculo, el Estado tendría que adoptar una de estas - medidas: bien duplicar el número de escuelas de medicina, o bien proporcionar a las actuales escuelas un número suficiente de aulas, de laboratorios, equipos, y de mayores recursos humanos y económicos, ajustándose a las normas pedagógicas contemporáneas.

El Estado, además, estaría obligado a ejecutar sus programas sanitarios y de asistencia médica en el medio rural, teniendo presente: 1° Que las 2/3 partes de la población del país es rural. 2° Que la salud del habitante del campo no ha merecido todavía la atención de los poderes públicos. 3° Que la producción de los alimentos para la población del país está en manos del campesino. 4° Que siendo el Ecuador un país esencialmente agrícola y ganadero, tiene que velar por la salud del habitante rural, ya que su economía descansa en la producción agropecuaria. 5° Que el capital humano en goce de su salud, es la base de la economía del Estado. 6° Que es imperiosa la necesidad de corregir la concentración de médicos en las urbes, especialmente en las tres ciudades universitarias: Guayaquil, Quito y Cuenca. 7° Que es necesario estimular la enseñanza de la medicina. y 8° Que es obligación del Estado hacer una justa evaluación de los servicios del médico y corresponder con mejores salarios sus servicios profesionales.

IV. LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN RELACION CON LOS PROBLEMAS

DE SALUD

Por lo que queda expuesto, estos problemas deben ser tratados en dos campos diferentes: en el urbano, y en el rural, estableciendo estrecha coordinación entre los dos.

Los Problemas de Salud en el medio urbano.- Poseen aspectos favorables y desfavorables. Las urbes, siendo sedes de las instituciones públicas de salud, cuentan con el 95% de los servicios de medicina preventiva y curativa, disponen de casas cuna, y maternales, de centros maternoinfantiles, de centros de salud de centros de bienestar social, de centros de diagnóstico, de servicios de inmunización, etc. En el aspecto de asistencia disponen de hospitales generales y especializados, de maternidades, clínicas y policlinicos, consultorios públicos y privados, etc., etc. El país en el medio urbano dispone actualmente de 55 hospitales, con capacidad de 8.119 camas de 9 sanatorios (antituberculosos y antileproso), de 78 clínicas y 6 maternidades (21). En cuanto al saneamiento ambiental, - disponen de abastecimientos de agua, de alcantarillado, de disposición de basuras, etc.

Entre los recursos humanos de salud, tiene aun excesivo número de médicos, de odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc. En cambio, son víctima de los graves problemas propios de las ciudades: incidencia elevada de la tuberculosis, de las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, mentales y de las adicciones; por el exodo de los campesinos a las urbes, en éstas se presenta con mayor intensidad el hambre, la desnutrición, el hacinamiento, y son en ellas más frecuentes las enfermedades y accidentes de trabajo.

Los problemas de salud en el medio rural .- El campo, desde el punto de vista médico, sanitario y social, es un mundo totalmente distinto del urbano, tanto en el Ecuador como en todos los países Latinoamericanos. Está privado de los más elementales servicios de medicina preventiva y curativa; cuando las posibilidades económicas y de transporte permite, a lo mucho el 10% de los enfermos pueden trasladarse a la ciudad más cercana a reparar su salud. El agro no cuenta con agua potable, con fosas sépticas, con disposición de basuras, ni de excretas. La vivienda no ofrece en su mayor parte protección contra la fauna patógena. La atención médica está en la totalidad de las comarcas en manos de los curanderos y brujos; el campo expone a sus habitantes, a las enfermedades transmisibles por insectos (tifus, peste, malaria, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, etc. Como también al carbunco, al tétanos, a las desenterias bacterianas; a las enfermedades tifoideas, a la amibiasis intestinal y extraintestinal, a las helmintiasis, a las intoxicaciones alimenticias, al alcoholismo y chichismo; la mayoría de las zoonosis tienen su escenario en el campo. Por todas estas circunstancias la morbilidad y la mortalidad son mucho más elevadas en el medio rural que en el urbano. Los siguientes datos de natalidad y de mortalidad pueden darnos una idea de los problemas sanitarios y asistenciales en el agro del Ecuador.

NATALIDAD DEL PAIS EN RELACION CON LA ATENCION PROFESIONAL

<u>Años</u>	<u>Total de nacimientos</u>	<u>en hosp. o clinicas</u>	<u>Con atención profesional domiciliaria</u>	<u>Sin atención profesional</u>	<u>%sin atención profesional</u>
1961	208.455	31.325	8.1919	168.939	81,0
1962	215.980	29.860	7.891	178.220	82,0
1963	225.099	34.469	8.994	181.636	80,00
1964	219.137	36.920	8.414	173.803	79,0
1965	226.436	38.362	4.858	183.216	80,0

Los anuarios de Estadísticas Vitales del país (20) nos ofrece el alarmante dato de que de 79 al 82% de los nacimientos se realizan sin atención profesional, incluyendo en este porcentaje, un 3/4 correspondientes a los nacimientos en el medio rural.

Otro dato alarmante que nos traen los Anuarios de Estadísticas Vitales, es el referente a las defunciones habidas en el país no médica, en otras palabras, sin atención profesional.

DEFUNCIONES SIN ATENCION MEDICA PROFESIONAL Y PORCENTAJES

<u>Años</u>	<u>Total de defunciones</u>	<u>Con atención médica</u>	<u>% de defunciones con atención no médica</u>
1961	58.166	36.612	62,0
1962	60.082	38.753	64,0
1963	61.129	38.978	63,0
1964	58.989	36.1761	66,0
1965	60.202	51.935 (falleci en domic)	86,0

Vemos, pues, que del 62 al 66% de las defunciones registradas en el país se han sucedido con atención no médica, es decir las 2/3 partes aproximadamente, del total de fallecimientos.

En el Anuario de Estadísticas Vitales correspondientes al año de 1965 encontramos los datos de la mortalidad urbana, además de la total; resutando aquella de esta última tendremos la mortalidad rural. Considero de interés conocer los principales grupos según las causas de enfermedades y de acuerdo con la nomenclatura internacional.

DEFUNCIONES SEGUN CAUSAS DE MUERTE AGRUPADAS EN URBANAS Y RURALES 1965

<u>Enfermedades por causas de muerte</u>	<u>Totales</u>	<u>Urbanas</u>	<u>Rurales</u>	<u>% de mortalidad rural.</u>
Mortalidad general	60.202	23.521	36.681	60,9
I. Infecciones y parasitarias	9.746	3.036	6.710	68,6
VIII. Del aparato respiratorio	10.907	3.619	7.288	66,8
IX. Del aparato digestivo	8.854	4.808	4.016	45,1
XV. Propias de la infancia	5.184	2.168	3.016	58,1
XVI. Síntomas de sanidad y estados mal definidos.	13.062	3.022	10.042	76,8

Las cifras del cuadro expresan con claridad como en el medio rural registran mayores porcentajes de fallecimientos, tanto las de orden general como las clasificadas por grupos; además los porcentajes de fallecimientos rurales han ido subiendo en comparación con el urbano, habiendo llegado en 1964 al 66%, es decir las 2/3 partes de los fallecimientos de todo el país. Si tenemos en cuenta que muchos de los enfermos campesinos y de las áreas suburbanas mueren en los hospitales de las ciudades, dicho porcentaje prácticamente es más elevado. En cuanto a las causas de muerte por grupo de enfermedades, ocupa el primer lugar el debido a senilidad y estados mal definidos, que llega al 76,8% el de las áreas rurales y que por sí mismo - esta demostrando que carecen de correcto diagnóstico.

Con una eficiente planificación y ejecución de las actividades sanitarias y asistenciales y mediante suficientes recursos humanos y económicos, posiblemente el 50% de los fallecimientos sobrevenidos en el campo pueden evitarse.

Entre los recursos humanos para la solución de los problemas de salud, el médico ocupa rol de primer orden. Para la solución de los problemas dentro del perímetro urbano, la Sociedad y el Estado cuentan con suficiente número de facultativos. Naturalmente, como a medida que aumenta la población de las ciudades, los problemas de salud son cada vez más complejos y de mayor magnitud, y por lo mismo la necesidad de médicos en las urbes aumenta más y más, con el consabido peligro de que se produzca pletores profesional. La explosión demográfica que se viene presentando en los países latinoamericanos es más intensa y alarmante en las ciudades. Estas ur-

bes, a consecuencia de la misma explosión demográfica, están más expuestas al hambre y a una serie de conflictos sociales y económicos, en las cuales las enfermedades no tardan en presentarse.

Los problemas de salud en las áreas rurales del Ecuador son de mayor volumen. Hemos hecho una rápida enumeración de los factores negativos de orden sanitario y asistencial; pero podemos añadir muchos otros de carácter epidemiológico, social, económico y cultural que dan gravedad a los problemas de salud. Las áreas rurales son aciento de las grandes endemias: en la Costa y en el Oriente, la uncinariasis, las disenterias bacterianas y parasitarias, la tuberculosis las micosis sistematizadas y todavía en paludismo a diario ponen en peligro la salud del campesino. En la Sierra el bocioendémico, la tifoidea, la amibiasis intestinal y extraintestinal, las verminosis, las afecciones broncopulmonares, cardiovasculares y hepáticas, etc. a menudo comprometen la salud del habitante rural. En el aspecto social, económico y cultural, es sabido que la población campesina del país es más numerosa y dispersa, que carece de suficientes vías de comunicación, que un alto porcentaje de ella es analfabeta o con un nivel cultural muy bajo, lleno de prejuicios, de limitados recursos económicos y con pocos anhelos de progreso y renovación.

Estas consideraciones obligan a dar a las poblaciones del campo mayor atención médica, sanitaria, cultural y social desplazando a las áreas rurales a los profesionales médicos y paramédicos.

Frente a todos estos problemas de salud, las Facultades de Medicina no deben limitarse a preparar y producir médicos en cantidad y calidad, sino que están además obligados a participar en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades sanitarias, asistenciales y culturales, y están también obligadas a velar, a través de las instituciones de salud y de la Federación Médica, por el bienestar, por la justa remuneración económica y la respetabilidad del médico que se ha formado en sus aulas.

CONCLUSIONES

I. Producción de médicos

- 1ra. La producción de médicos en el Ecuador ha corrido a cargo de la Facultad de Medicina de Quito, que viene funcionando desde 1693, y de las Facultades de Guayaquil y Cuenca, que fueron fundadas en 1877 y 1868, respectivamente.
- 2do. El Ecuador, yendo en orden descendente ocupa el 6º lugar entre los países americanos en cuanto a la tasa de médicos por 10.000 habitantes, no habiendo variado su situación en el periodo de 10 años.
- 3ro. El porcentaje de médicos incorporados en las tres Facultades de Me-

dicina, en relación al número total de profesionales graduados en el país, va del 19 al 12%, notándose una tendencia a mantenerse -- por debajo del 15%.

- 4to. El crecimiento de la población estudiantil en medicina tiende a -- permanecer invariable, y a disminuir su porcentaje en relación con la población universitaria.
- 5to. El estancamiento de la población estudiantil de medicina en un -- país que crece económica y demográficamente no es un proceso natu -- ral, y tiene que repercutir desfavorablemente en la salud de sus habitantes. Este fenómeno tiene su explicación.

II. Distribución de la población y de los médicos en el país.

- 1ra. El porcentaje de la población de la Costa ha subido del 30%, en -- 1909, al 47,5%, en 1967, y ha bajado en la Sierra en el mismo pe -- riodo, del 64,9% al 50,6%, existiendo una tendencia a nivelarse -- la población de las dos regiones. Es el resultado de las campañas sanitarias, sobre todo contra la malaria, realizadas en la Costa, como también al incremento de la agricultura tropical y sobre to -- do al cultivo y exportación del banano, cacao, café, arroz, etc.
- 2do. El porcentaje de médicos, en el mismo periodo de tiempo, ha subi -- do en la Costa del 39,6% al 49,4%; en cambio ha bajado en la Sierr -- ra del 60,4% al 49,6%, existiendo también una tendencia a igualar -- se el número de médicos en las dos regiones; pues, de 1.991 médi -- cos que se han registrado en el presente año en todo el país, 985 se hallan ejerciendo la profesión en la Costa, 989 en la Sierra, y 17 en la Región Oriental.
- 3ro. La tasa de médicos por 10.000 habitantes ha subido en las tres re -- giones geográficas; en el Litoral, del 1,8 al 3,7; en la Sierra, -- del 2,8 al 3,5; en el Oriente, de 0 al 1, 7, y en todo el país, -- del 1,4 al 3,6
- 4to. En 1.967 la población urbana se estimó en 2'090.000 habitantes -- (38%); la rural, en 3'410.000 habitantes (62%); en cuanto a los -- médicos, el 93,85% ejercen en áreas urbanas, y el 6,13% en áreas rurales. La tasa de médicos en las primeras es de 8,9 por 10.000 habitantes, y en las segundas, del 0,3.
- 5to. El 66% de los médicos se hallan concentrados en las ciudades de -- Guayaquil, Quito, y Cuenca, registrándose en ellas las tasas del 10,8; del 12,5, y del 14, respectivamente, El ejercicio de la me -- dicina en el campo, entre algunos factores desfavorables, cuenta el de la población india, que en el país representa el 38,2% de la población total.

III. Producción y distribución de médicos en relación con las demandas demográficas.

- 1ro. En el período de 1961 a 1967 se ha registrado en el país un crecimiento vegetativo de 796.539 habitantes; en el mismo periodo se han graduado 547 médicos; si se acepta la tasa de 10 por 10.000 habitantes, habría un déficit de 50 médicos por año. De acuerdo con los cálculos hechos por la Organización Panamericana para el año de 1980, la América necesitaría 304.200 médicos, y aplicando este cálculo para el Ecuador, necesitaríamos 5.717 médicos, o sea una producción anual de 309.
- 2do. Con sujeción a estos cálculos, el Estado necesitaría duplicar el número de escuelas de medicina, o dotar a las actuales de mayor número de aulas, de suficiente material didáctico, de mayores recursos humanos y económicos. Sería más aconsejado resolverse por la segunda solución.
- 3ro. El Estado está obligado a ejecutar programas sanitarios, asistenciales, sociales y culturales, especialmente en el medio rural, en atención: 1º de que las 2/3 partes de la población del país vive en el campo; 2º de que la producción de alimentos está en manos del campesino; 3º de que la economía del país descansa en la producción agropecuaria, 4º a que la salud del habitante del agro no ha merecido todavía la atención de los poderes públicos.
- 4to. Que para el Estado es conveniente y necesario estimular la enseñanza médica, el ejercicio de la profesión en el medio rural, el adiestramiento de los estudiantes de medicina en el campo, bajo la dirección y control de profesores experimentados.

IV. La Producción y distribución de médicos en relación con los problemas de salud .

- 1ro. Los problemas de salud son muy diferentes en el medio urbano y en el rural; las urbes cuentan con el 95% de los establecimientos asistenciales, sanitarios, sociales y culturales; dispone de facultativos a veces en exceso. Desde el punto de vista asistencial, sanitario, cultural y social, el campo es un mundo totalmente distinto del urbano. El campo expone a sus habitantes a un sinnúmero de enfermedades.
- 2do. Del 79 al 82% de los nacimientos registrados en el país se hacen sin atención profesional, y el 86% de los fallecimientos en 1967 han sobrevenido con atención no médica, predominando en el medio rural por causas de muerte del grupo designado bajo el nombre de síntomas de senilidad y estados mal definidos.

- 3ro. Los grandes problemas de explosión demográfica, de hambre, de hacinamiento, etc. son más intensos y alarmantes en el medio urbano; pero no son menos graves y urgentes los problemas de salud que ofrecen los campos; y
- 4to. Frente a todos los problemas de salud las Facultades de Medicina, no deben limitarse a preparar y producir médicos en cantidad y calidad, sino que están además obligadas a participar en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades sanitarias, asistenciales, culturales y sociales, tanto en el medio urbano como en el rural, puesto que ambos sectores son partes integrantes de la Patria.
-

BIBLIOGRAFIA

- 1) PIMENTEL CARBO, JULIO (1948). La Fundación de la Facultad de Medicina en Guayaquil. Imprenta de la Universidad. Guayaquil.
- 2) GOBIERNO DEL ECUADOR. (1836). Primer Registro Auténtico Nacional. Tomo II, pp. 156-157. Quito.
- 3) ACADEMIA NACIONAL DEL ECUADOR. (1863). Almanaque para el año de 1863. p. 129. Quito.
- 4) PAZ Y MIÑO, LUIS T. (1942). La población del Ecuador. p. 39. Tallares Gráficos de Educación. Quito.
- 5) DIARIO DE AVISOS. (1894). El Ecuador en Chicago. pp. 341-343 y 367. Nueva Yor,.
- 6) GUIA DEL ECUADOR. (1909). El Ecuador. Guia Comercial. Agrícola e Industrial, Talleres de Artes Gráficas de E. Rodenas. Guayaquil.
- 7) MARCHAN, FRANCISCO. (1932). El Problema Social del médico en el Ecuador. Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas. Año XVIII. Vol. XII N° 6, pp. 239-260. Guayaquil.
- 8) LEON L.A. Y FALCONI, J.A. (1938). Nómina de médicos Ecuatorianos en el año de 1938. Rev. del Médico Ecuatoriano. Año I - N° 2, pp. 71-78 Quito.
- 9) DIRECCION NACIONAL DE ESTADISTICA. (1944). El Ecuador en cifras. 1938-1942. pp. 57-113. Imprenta del Ministerio de Hacienda. Quito.
- 10) CANABERTÁ. (1955). Los Problemas Sanitarios de las Zonas Subdesarrolladas y la Obra de la O.M.S. Reproducido en : Rev. "Mundo Médico". Rev. de Información Médica Mundial. Vol. II. N° 5, p.390. Bogotá.
- 11) PAZ LLONA, ALBERTO. (1966). Resumen de Bioestadística. Servicio Sanitario Nacional. p.0002. Guayaquil.
- 12) DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENCIS (1962). II Censo de Población y I de Vivienda. Quito.
- 13) PLAN GENERAL DE DESARROLLO. (1963). Diario "El Comercio". Año LVIII, 14 de XI. Quito.
- 14) DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (1962). II Censo de Población y I, de Vivienda, Quito.

- 15) ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. (1966). Las Condiciones de Salud en las Américas. 1961-1964. p. 125. Washington.
- 16) LABORATORIO LIFE. (1967). Lista de Médicos del Ecuador. Quito.
- 17) UNIVERSIDAD CENTRAL. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS Y FINANCIERAS. (1961-1965). Nº 3,4 y 5. Quito.
- 18) OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (1953). Poblaciones Indígenas. pp. 48-51 y pp. 98-99. Imprenta Kundig. Ginebra. Suiza.
- 19) RUBIO ORBE, G. (1965). Aspectos Indígenas. p. 296-305. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.
- 20) JUNTA NACIONAL DE PLANIFICACION Y COORDINACION ECONOMICA. (1961-1965). Anuario de Estadísticas Vitales. Quito.
- 21) SERVICIO COOPERATIVO INTERAMERICANO DE SALUD. (s.a.). Encuesta Nacional de Servicio de Salud. Quito.

TEMA II: "LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE MEDICOS EN LATINOAMERICA EN RELACION CON LAS DEMANDAS DEMOGRAFICAS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD".

Dr. Carlos Quirós S. (Perú)

El tema que nos toca tratar, lo consideramos de singular interés a la vez que de difícil análisis, en vista de la poca disponibilidad existente en la mayoría de los países de América Latina, de información estadística exacta tanto demográfica como de recursos humanos en salud que nos permitan con la suficiente seguridad hacer aseveraciones cuya validez, sea lo suficientemente sólida. Sin embargo, a pesar de lo anteriormente expuesto, podemos hacer algunas consideraciones de carácter general y otras específicas cuando la información a que hicimos mención, obre en nuestro poder.

Reconociendo la importancia que tiene el disponer de datos estadísticos adecuados, algunos países de América Latina han avanzado en la realización de estudios sobre recursos humanos en salud y su distribución y cuya información aunque no generalizable para todos ellos, puede ayudarnos en la orientación de nuestra discusión.

Entre los países que han realizado estos estudios, tenemos el Perú que en un programa realizado con la colaboración de la Universidad de Johns Hopkins llevó a cabo un Censo de Recursos Humanos en Salud, así como Colombia que viene desarrollando un trabajo más elaborado en colaboración con la Fundación Milbank. Para iniciar nuestra discusión, haremos un breve análisis sobre la situación demográfica de América Latina.

SITUACION DEMOGRAFICA EN AMERICA LATINA.

De acuerdo a la información disponible por las Naciones Unidas la población de América Latina es la que crece a las tasas más altas y a un ritmo más veloz en el mundo. Vamos a permitirnos hacer algunos comentarios con referencia a este punto sobre la base de la información presentada por Carmen Miró del Centro Latinoamericano de Demografía, en su trabajo titulado: "La Población de América Latina en el siglo XX" al Seminario Centro Americano y de Panamá de Planificación de Familia. Según este autor la evolución de la población entre 1900 y 1960 se ha caracterizado por un ritmo de crecimiento muy acelerado lo que ha sido evidenciado de manera dramática al señalarse que al inicio del presente siglo, la región que se estimaba en algo más de 60 millones y que al promediar el año 1960 se calculaba que había sobrepasado los 207 millones, es decir, que había crecido en casi tres veces y media en el corto período de tiempo de 60 años.

Son escasos y sólo relativamente confiables los datos de que se dispone por países para principio de siglo. Estimaciones globales para la región que incluyen la población de territorios generalmente no considerados como parte de América Latina, dan para 1900 un total de 63 millones (cuadro n°1).

En este cuadro se presentan para el mismo año estimaciones bastante gruesas para catorce países latinoamericanos y Puerto Rico que suman un total de 55 millones de habitantes. Se ha supuesto que los países para los cuales no se incluye una cifra y que, según las Naciones Unidas tenía en 1920, 8 millones y medio, contaban en 1900 con alrededor de 5 millones. Es así como se ha calculado la cifra de 60 millones antes mencionada. Cuarenta años más tarde esta población se ha duplicado.

Quizás el modo más sencillo de ilustrar como ha ido acelerando el ritmo de crecimiento demográfico en América Latina es refiriéndose al número de años que la población de la región ha tardado o tardará en duplicarse en diversos períodos, según los datos censales o dados por ciertos supuestos sobre su evolución futura. Por las cifras que se dan a continuación se puede apreciar que mientras la población de 1900 tardó 40 años en doblarse, la de 1950 se ha estimado que se duplicó en el corto lapso de 25 años:

<u>Población</u> <u>estimada en</u>	<u>Se duplicó o</u> <u>duplicará en</u>	<u>Número de años neces-</u> <u>arios para duplicarse</u>
1900	1940	40
1920	1954	34
1930	1960	30
1940	1967	27
1950	1975	25

desde luego, el ritmo de crecimiento ha sido distinto en las varias subregiones en que se ha dividido América Latina y en los diversos países incluidos en ella (cuadro n° 2).

Este cuadro da los porcentajes de aumento de la población en los distintos períodos considerados en el n° 1. Es la América del Sur templada la que en los primeros 30 años del siglo presenta el crecimiento más elevado, el que fue considerablemente el más alto que registraron las regiones restantes. Ello es, por una parte, consecuencia de un crecimiento vegetativo (nacimientos menos defunciones) moderadamente alto y por otra, de una inmigración internacional de importancia.

Examinados los datos por países, es fácil establecer que los que más rápidamente crecieron en el período comprendido entre 1900 y 1930 fueron Argentina, Uruguay, Cuba y Brasil. A este respecto, habría que destacar nuevamente la importante contribución que en este período debe haber significado la inmigración internacional también para Brasil y Cuba. La fuente anteriormente citada estima en casi 2½ millones la inmigración total al Brasil en ese período y para Cuba, según Saunders, 857,000 en los años 1901-32.

En la década del 30 al 40 las otras tres sub-regiones superan el porcentaje de crecimiento a la América del Sur templada, y en el período 40-60 la América Central Continental ocupa el primer lugar en el ritmo del incremento, seguida en forma bastante similar por la América del Sur Tropical. Igual comportamiento se observa si en lugar de los porcentajes se examinan las tasas anuales de crecimiento (cuadro n° 3).

A medida que el volumen de la inmigración internacional fue disminuyendo, las diferencias en el ritmo de crecimiento han dependido principalmente, como es lógico suponer, de las variaciones en los niveles de fecundidad y mortalidad.

Un análisis de la situación actual en lo que a crecimiento demográfico se refiere en América Latina nos permite establecer lo siguiente:

- a. Salvo Argentina, Uruguay, Puerto Rico, Chile y Cuba, los demás países de la región tienen tasas de natalidad elevadísimas, sobrepasando un nivel de 40 por mil, el que en algunos casos llega hasta el 50 por mil y más;
- b. A lo largo de este siglo, excepción hecha de los países anteriormente mencionados, no se han registrado descensos de significación en los niveles de natalidad; y
- c. Las alzas que se registran en las tasas pueden en general atribuirse a mejoras en los registros. En algunos pocos casos podría, sin embargo, estar reflejando pequeños aumentos de la fecundidad.

De acuerdo a la información disponible sobre Latinoamérica, considerando que comprende 22 Repúblicas y otros 25 territorios, la población de la región variaba en 1961 entre países con 900,000 habitantes y 72 millones. Solamente 5 países tenían más de 10 millones de habitantes (Brasil, 72 millones; Méjico, 36 millones; Argentina, 21 millones; Colombia, 16 millones y Perú, 10 millones); 3 países tenían entre 5 y 10 millones de habitantes; 13 entre 1 y 5 millones y 1 país tenía menos de 1 millón de habitantes. Con excepción de Puerto Rico cuya población alcanza 2,4 millones, los otros territorios tenían poblaciones comprendidas entre 2,000 y 583,000 habitantes.

Conforme se dijo anteriormente la tasa de crecimiento en Latinoamérica es actualmente mayor que la de cualquier otra región del mundo. A continuación se presenta las poblaciones de América del Norte y de Latinoamérica desde 1920 hasta 1960 y sus proyecciones hasta el año 2,000 (cuadro n° 4). Las estimaciones de 1970 a 2,000 son de las Naciones Unidas y están basadas en la hipótesis de que las tasas de mortalidad de la América Latina disminuirán

desde 39 por mil habitantes en el período de 1960 a 1965 hasta 34 entre 1980 y 1985 y hasta 30 en los últimos 5 años del siglo. Al mismo tiempo se supuso que las tasas de mortalidad disminuirían desde 11 por mil entre 1960-65 hasta 7 en 1980-85 y luego hasta 6 por mil habitantes al final del siglo. Es posible suponer que las tasas de mortalidad alcanzarán valores tan bajos como 6 por mil habitantes, puesto que continuará predominando la población joven hasta el final del siglo. Estas proyecciones corresponden a las estimaciones entre "intermedias" usadas por las Naciones Unidas, que también ha calculado estimaciones más elevadas sobre la suposición de una fertilidad constantemente alta sin reducciones.

La distribución de la población en las zonas urbanas y rurales es muy variable en Latinoamérica. En unos pocos países una gran proporción viven en grandes ciudades y en zonas urbanas de menor tamaño; pero se observa con más frecuencia la situación opuesta. En Argentina de acuerdo con el censo más reciente, casi el 43% de la población viven en ciudades de por lo menos 100 mil habitantes, mientras que sólo un 34 % habita en zonas rurales. En el otro extremo en Honduras, solamente un 7% de la población viven en una ciudad más de 100 mil habitantes, en comparación con un 78% que reside en zonas rurales, esto es, en comunidades de menos de 2 mil habitantes. Las proyecciones para 1980 muestran que en ese año solamente un 40% viviría en zonas rurales.

La rápida urbanización con migración de la población hacia las grandes ciudades es la característica más destacada del cambio demográfico experimentado por la América Latina. El crecimiento de la población rural se estima en 1,5% anual y el de las zonas urbanas en 4,5% en comparación con el crecimiento total de 2,7%.

Las altas tasas de crecimiento de la población por un lado, y el predominio de la población rural sobre la urbana, nos dan una idea del problema que debe confrontar cualquier servicio de salud para atender las necesidades de la mayoría de los países de América Latina, y las repercusiones que éste problema debe tener con referencia a los planes de educación médica, ya que éstos deben ser orientados, para ser realmente útiles en función de las necesidades de cada país.

Si añadimos a este predominio de la población rural sobre la urbana la gran dispersión de ésta última en muchos países, podemos imaginarnos lo difícil que es hacer llegar a estos habitantes servicios tales como los de educación y salud, que tienen que alcanzar a las mismas personas. En nuestro país, por ejemplo, la población rural comprende más del 50% de la población total del país y está distribuida en 78,274 centros poblados.

Si añadimos a esta gran dispersión la dificultad que existe para el acceso a esta población por la falta de vías de comunicación, podemos deducir que el problema es muy complejo y lo mismo que decimos para nuestro país es válido para muchos otros de América Latina.

Pensamos que no es posible hacer apreciaciones ligeras con relación a las necesidades de profesionales médicos sobre la base de establecimiento de "estándares" que no son aplicables en circunstancias diversas, por ser los problemas diferentes, debiendo hacerse un análisis cuidadoso de éstos cuando se quiera hacer una estimación adecuada de las necesidades.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA

Aunque en realidad no se haya hecho un estudio cuidadoso sobre el particular, las numerosas Reuniones Internacionales realizadas con el objeto de estudiar este problema, nos permiten tener una idea aproximada sobre cuales son los más importantes, por su magnitud y por la cantidad de población que afectan.

Año a año en las Reuniones del Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana y cada cuatro años en las Conferencias Sanitarias Panamericanas, se hace un análisis sobre el particular. Es en 1961 con motivo de la realización de la Reunión de Punta del Este, en que se redactó la llamada Carta de Punta del Este, se estableció los grandes problemas de salud que confronta Latinoamérica.

De acuerdo con esta declaración y las que posteriormente hicieron los Ministros de Salud Pública del Continente reunidos en Washington D.C. en 1963, los principales problemas de salud que afligen a la población de América Latina son los siguientes: 1) elevada mortalidad infantil; 2) deficiente saneamiento ambiental; 3) desnutrición; 4) altas tasas de enfermedades transmisibles; 5) escaso personal calificado para hacerse cargo de los programas de salud; 6) insuficiencia en organización y extensión de los servicios básicos de salud.

Se estableció como meta general de los programas de salud en el próximo decenio, un aumento de cinco años en la esperanza de vida de cada persona al nacer y para lo cual es preciso entre otras medidas suministrar en los próximos diez años, agua potable y desagüe a no menos del 70% de la población urbana y del 50% de la población rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves de acuerdo a su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares

de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y curación de las enfermedades.

Si bien, en nuestro concepto algunas de estas metas se estimaron con algún optimismo, obedecen en términos generales a la posible solución de los grandes problemas que confronta América Latina. En esta oportunidad no se analizó la importancia que tiene el acelerado crecimiento de la población como factor que hace la solución de los problemas aún más difícil de lo que se presenta.

Indiscutiblemente en los últimos años, se ha dado un impulso importante a la solución de muchos de estos problemas y los Gobiernos cada día intensifican sus esfuerzos por conseguir alcanzar las metas que se establecieron en Punta del Este. Es así que son numerosos los programas de saneamiento, control y erradicación de enfermedades transmisibles que son los que más impulso han recibido en nuestro concepto, lo mismo que los encaminados a adiestramiento y preparación de personal profesional y auxiliar.

Hechas estas consideraciones, vamos a circunscribir por el momento nuestro estudio al estado actual de la producción de profesionales médicos, de acuerdo a la información incompleta de que se dispone.

Según los datos que se presentan en el documento denominado "Hechos que Revelan Progreso" editado por la Organización Panamericana de la Salud en 1965, en lo que a médicos se refiere la situación es la siguiente:

En algunos países ha aumentado el número de médicos y la razón de médicos con respecto a la población. En 22 países de América Latina, en conjunto, la razón por 10,000 habitantes era 5,4 en 1957 y 5,6 en 1960. El número de médicos aumentó de 105,836 en 1957 a 133,625 en 1963 y la razón en este último año aumentó a 5,8 por 10,000 habitantes.

Como puede apreciarse en el gráfico que se acompaña, el progreso fue notable en tres países presentados como ejemplo. Venezuela informó tener 6,246 médicos en 1963 que representan un 7,7 por 10,000 habitantes. Seis años atrás en 1957 había solamente 3,939 médicos o sea 5,9 médicos por 10,000 habitantes.

En Colombia el número de médicos aumentó de 4,500 en 1957 a 7,453 en 1963 (es decir de 3,2 a 4,4 por 10,000 habitantes).

Guatemala tenía solamente 542 médicos en 1957, pero en 1963 su número había aumentado a más del doble 1,131 o sea una razón de 2,7 por 10,000 habitantes.

En otros países también aumentó la razón de médicos con respecto a la población. Sin embargo, no se contó con esta información en varios países en 1963 o en otros años, y en unos pocos la razón se mantuvo constante. Solamente en dos se notaron disminuciones.

La razón de médicos por 10,000 habitantes en 1963, varió ampliamente en los distintos países desde 14,9 en Argentina hasta 1,0 en Haití. Cinco países tenían menos de 3 médicos por 10,000 habitantes.

La distribución de los médicos dentro de los países es irregular, hallándose concentrados principalmente dentro de las grandes ciudades. Por ejemplo, en Venezuela el 48% está en el distrito federal donde la razón alcanza a 19,7 por 10,000 habitantes mientras que en el resto del país es igual a 4,9. En El Salvador la situación es menos favorable, por cuanto el 61% de los médicos se encuentra en el área de la capital, donde la razón es de 12,5 por 10,000 mientras que en el resto del país la razón toma un valor de 0,9 por 10,000.

En la región, considerada como un todo, la razón de médicos con respecto a la población no es excesivamente baja. Con una mejor distribución geográfica sería posible alcanzar una mayor reducción de la mortalidad y morbilidad que en el pasado. Por supuesto, deberían aumentar las razones en ciertos países con valores muy bajos. En todos, la regionalización de los servicios y la mayor utilización de técnicos y auxiliares podría complementar los servicios médicos.

Teniendo en cuenta el crecimiento de la población y también para reemplazar a los médicos que se retiran o mueren debe continuar aumentando su cantidad. En realidad en 1971 se necesitarán 169,000 médicos para mantener la misma razón que en 1963 (5,8 por 10,000 habitantes). Es así que en este período de ocho años se necesitarán alrededor de 47,000 nuevos médicos de los cuales 35,000 servirán para suministrar atención médica a la población que se agregará y otros 12,000 para reemplazos.

Actualmente, en las Escuelas de Medicina de Latinoamérica, se están graduando aproximadamente 6,800 médicos por año. En un período de ocho años estas Escuelas prepararon casi 55,000 médicos, que constituyen un número suficiente para atender al crecimiento de la población y reemplazar a aquellos que dejen el servicio activo. Extendiendo las proyecciones hasta 1980, se necesitarán 217,000 médicos para mantener la razón 5,8 por 10,000 habitantes para una población estimada de 374 millones. Esto significa que se necesitarán

83,000 médicos más que en 1963, y además otros 21,000 para reemplazos. El total de médicos a adiestrar en el intervalo de 17 años sería de 104,000. Si se graduaran 6,800 médicos por año como sucede en la actualidad, se tendría un total de 116,000 en 17 años, lo cual permitiría mantener la misma disponibilidad de médicos que en 1980.

Cada país con excepción de Trinidad y Tobago, tiene por lo menos una Facultad de Medicina. Existen actualmente en Latinoamérica 111 Escuelas de Medicina que constituyen un número ligeramente mayor al de Estados Unidos y Canadá. La gráfica que se acompaña muestra la creación de nuevas Escuelas de Medicina en Latinoamérica durante este siglo y el considerable aumento ocurrido en la presente década. Parece razonable esperar que el número de graduados aumente a medida que estas nuevas Escuelas lleguen a funcionar utilizando su capacidad plena.

Se está poniendo empeño en reformar la calidad de la instrucción y ampliar los programas de estudio de las Escuelas de Medicina. Cuando en un país se hagan necesarios más médicos es preferible que se establezcan nuevas Escuelas de Medicina, puesto que el aumento del alumnado en las existentes, puede llegado cierto punto, afectar la calidad de la educación profesional impartida.

Es evidente que a través de esta información que aunque incompleta y probablemente no muy exacta es posible formarse una idea de lo que sucede en Latinoamérica con respecto a la producción y distribución de los médicos referente al crecimiento demográfico y los principales problemas de salud que la región enfrenta.

Conforme lo dijimos anteriormente, consideramos que no es posible establecer estándares fijos tales como la razón de médicos por 10,000 habitantes, pues nos da esta cifra una idea errónea si tomamos en consideración la gran variación que existe de país a país y dentro de un mismo país de una región a otra, fenómeno que en nuestro concepto está condicionado a la distribución urbano-rural de la población y a la gran dispersión de esta última así como a sus condiciones socio-económicas que hacen que aunque se dispusiera del número ideal de médicos ciertos grupos de población no se encontrarían en condiciones de poder sufragar los gastos del cuidado médico y por otro lado no estarían culturalmente en condiciones de aceptarlos a no ser que se operaran cambios substanciales en las estructuras de los países. No solamente es la poca capacidad económica de la población para poder contribuir al costo de su atención sino también la poca disponibilidad de recursos por parte del Estado para poder

- 2 -

dar una remuneración adecuada a aquellos profesionales que posible
mente no van a tener más entrada económica que el sueldo que perci
ban para prestar sus servicios en ciertas zonas.

Si tomamos en una forma global la producción de médicos de acuerdo a la información antes mencionada, proporcionada por la Oficina Sanitaria Panamericana, podríamos sentirnos hasta cierto punto optimistas con referencia al futuro ya que se prevee un in
cremento constante de ésta en los próximos años. Pero como bien se señala en el documento que comentamos, esta desigual distribución del número total de médicos en la región que varía del 14,9 en la Argentina al 1,0 en Haití por 10,000 habitantes no nos permite pensar de la misma manera más si tomamos en consideración lo que será tratado en otros de los puntos del temario con referencia al éxodo
de profesionales hacia la Región Norte del Continente donde se ofre
cen mayores perspectivas de carácter económico.

Evidentemente que la concentración de profesionales tanto a nivel de la región como de los países individualmente, está condi
cionada a una serie de factores entre los cuales podemos señalar el incentivo
económico y las posibilidades de un ejercicio profesional que permitan al médico mantener sus conocimientos de acuer
do con los más modernos avances de la ciencia. Creemos que es im
portante tomar en consideración la necesidad de crear incentivos a través de promociones periódicas reguladas por intermedio de un sistema de carrera profesional que asegure a los jóvenes profesio
nales la posibilidad de poder alcanzar posiciones importantes des
púes de algunos años de ejercicio en los servicios rurales de salud.

En nuestro concepto el problema tiene raíces profundas comen
zando por el tipo de adiestramiento que actualmente se da a los es
tudiantes de Medicina en los distintos países de América Latina, si bien es cierto que a través de las numerosas reuniones naciona
les e internacionales convocadas para analizar este asunto se ha llegado a la conclusión de que los países de Latinoamérica deben dar el adiestramiento que requieren sus médicos de acuerdo a sus propias necesidades y a sus problemas de salud, aún en la enseñan
za de la Medicina prima la tendencia a alcanzar los más altos es
tándares de acuerdo a los más modernos avances de la Medicina en los países altamente desarrollados.

Resulta evidente a través de lo que hemos visto, que los pro
blemas más urgentes en América Latina en lo que a Salud Pública se refiere, son aquellos relacionados con la alta prevalencia de las enfermedades transmisibles, las altas cifras de mortalidad materno-infantil, la desnutrición y el saneamiento ambiental sin que dejemos de reconocer que en determinadas concentraciones humanas como

son las grandes ciudades también se estén manifestando como problemas importantes las enfermedades crónicas y degenerativas tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el grueso de la población se encuentra afectado por las dolencias mencionadas en primer término que son consecuencia del estado de subdesarrollo económico y social que confronta Latinoamérica.

Parecería pues de acuerdo con esto que lo más lógico sería el adiestramiento de médicos generales con una preparación intensiva en la solución de los problemas materno-infantiles y de control y erradicación de las enfermedades transmisibles.

Lo anteriormente expuesto no quiere decir que deje de tomarse en especial consideración la preparación de especialistas que ha sido muchas veces descuidada en América Latina, debiendo los jóvenes profesionales muchas veces, que anhelan obtener una capacitación en determinada especialidad, emigrar hacia los países altamente desarrollados como los Estados Unidos y Europa, por falta de facilidades en sus países. Consideramos que esta situación ha sido inconveniente pues el adiestramiento de especialistas requiere en muchos casos un número apreciable de años lo que trae como consecuencia el desarraigo de los profesionales a sus propios países y a la realidad de los mismos que hace que al término de sus estudios deseen radicarse permanentemente en los lugares en que hicieron su adiestramiento, perdiéndose de esta manera profesionales cuya preparación costó cantidades considerables de dinero y tiempo.

En los últimos años la mayoría de las Facultades de Medicina están desarrollando cursos de especialización de post-gradó por medio de sus Escuelas de Graduados y con los sistemas de internados y residencias.

Creemos que una enseñanza de la Medicina que familiarice al futuro médico con la realidad social y económica del país y que le permita conocer los problemas que confronta la población del mismo no solamente en el medio urbano sino en particular en el medio rural contribuiría a desarrollar en él el interés por trabajar en el medio rural por lo menos al inicio de su carrera profesional lo que le daría una experiencia que le serviría luego para su perfeccionamiento y especialización en cualquiera de las ramas de la Medicina cuando le toque trabajar en el medio urbano.

Nos parece que, una acción conjunta de las Facultades de Medicina y del Estado que hiciera que se estableciera una real carrera profesional que permitiera a los jóvenes ingresar no directamente a los grandes centros asistenciales en el medio urbano o a tomar un curso de especialización inmediatamente después de haber terminado sus estudios profesionales, sino después de haber podido ejercer la

práctica de la Medicina por algún tiempo y sobre la base de una organización sanitaria que contara con una red de servicios que fueran de los más elementales o los más complejos por los cuales podría el profesional pasar a medida que demuestre su capacidad contribuirían indiscutiblemente a la solución del problema de una mejor distribución de los médicos.

La gran dispersión de la población rural en América Latina y la poca disponibilidad de recursos económicos para poder hacer llegar la acción del médico hasta los últimos rincones, evidentemente nos demuestra la necesidad de buscar soluciones realistas para la atención de estos grupos de población con otro tipo de personal auxiliar tal como se hace, por ejemplo, en ciertos países como Venezuela por medio del llamado programa de Medicina simplificada que después de un cuidadoso estudio ha merecido incluso la aprobación de la Federación Médica Venezolana.

Muchos países establecen como requisito obligatorio para poder optar el título de médico cirujano el trabajo de un año en un servicio médico rural. Nosotros consideramos que si bien la idea es buena, en realidad en la práctica los resultados no son del todo satisfactorios porque todo aquello que significa obligación no crea vocación que es lo que precisamente se persigue. Creemos que debe estimularse el trabajo de los jóvenes profesionales en el medio rural dotándolos de toda clase de elementos para que puedan ejercer adecuadamente su profesión, tales como: salarios buenos, vivienda, alimentación, equipos y materiales y sobre todo supervisión periódica de los servicios mayores de los cuales dependan en el ejercicio de sus funciones a la vez que prioridad en la obtención de becas para perfeccionamiento profesional al cabo de cierto tiempo de trabajo en el medio rural.

Este sistema se viene utilizando con resultados bastante satisfactorios en Chile y en el Perú donde se ha iniciado un programa que, aún se encuentra en su etapa de inicio en colaboración entre el Ministerio de Salud Pública y las Facultades de Medicina y al cual nos referiremos posteriormente cuando hagamos un análisis de la situación en nuestro país.

La información que presentáramos proporcionada por la Oficina Sanitaria Panamericana, y que concluye afirmando "Cuando en un país se hagan necesarios más médicos es preferible que se establezcan nuevas Escuelas, puesto que el aumento del alumnado en las existentes puede, llegado cierto punto, afectar la calidad de la educación profesional impartida", nos parece correcta aunque merece especial consideración desde que el establecimiento de nuevas Facultades de Medicina significa fuera de los recursos económicos indispensables y que siempre son escasos en Latinoamérica, el contar con profesores

debidamente capacitados y que puedan dedicarse suficientemente a la docencia, en particular en lo que se refiere a la enseñanza de las ciencias básicas lo que evidentemente no se puede improvisar fácilmente.

Nos parece que una acción conjunta de los países latinoamericanos que permita el establecimiento de centros de adiestramiento para especialistas y docentes es indispensable para la solución de los problemas que confronta la región.

LA SITUACION EN EL PERU

El Perú es un país que como casi todos los de América Latina tiene un ritmo de crecimiento acelerado, estimándose su población al 30 de junio de 1965 en 11'750,430, siendo la tasa bruta de natalidad para 1961 de 36.17 por 1,000 habitantes y el índice de crecimiento anual de la población de 3.2%.

En cuanto a los principales problemas de salud, estos son similares a los de la mayoría de los países de América Latina que ya han sido señalados anteriormente o sea altas tasas de mortalidad infantil, alta prevalencia de las enfermedades transmisibles, deficiente saneamiento ambiental, estado de nutrición deficiente.

Los servicios de salud, aunque se encuentran en constante incremento no alcanzan aún a satisfacer las necesidades de numerosos grupos de población, sobre todo del área rural que tiene una población muy dispersa y de difícil acceso, conforme ya se señaló.

De acuerdo a la información que proporcionáramos anteriormente, el año 1962 se inició un Censo de Recursos Humanos en Salud, con la colaboración de la Universidad de Johns Hopkins que permitió conocer cual es la situación en lo que se refiere al número de médicos y demás personal que trabaja en salud en las distintas regiones del país, así como su distribución, habiéndose hecho incluso algunos cálculos sobre la posible demanda de acuerdo al incremento de la población y la extensión de los servicios de salud pública.

De acuerdo a este Censo, para el año 1964 había un total de 5,235 médicos, cuya distribución por departamentos aparece en el cuadro n° 5, todos ellos profesionales en actividad, lo que significa que existía un total de 2,200 habitantes por médico, para ese año, con grandes fluctuaciones en los distintos departamentos tal como puede verse en el cuadro n° 6, ya que va de un máximo de 23,700 en el departamento de Huancavelica (habitantes por médico) a 700 en el departamento de Lima. Existe pues, como en la mayoría de los países de la región, una desigual distribución de los médicos, con una tendencia hacia la concentración de los mismos en los grandes centros poblados, mientras que las áreas rurales se encuentran prácticamente desprovistas de los servicios de profesionales.

En lo que se refiere a especialidades en el cuadro n° 7 se presenta las cifras según grupos de población distrital urbana o rural, lo que nos da también una idea de su mala distribución, presentándose el mismo fenómeno de concentración en los centros poblados más grandes.

En el cuadro n° 8 presentamos la distribución de los médicos con puesto rentado y promedio de horas trabajadas por semana por

institución administradora y en el cuadro n° 9 el número de médicos en actividad y la relación de habitantes-médico por grupo de población.

En el cuadro n° 10 se presenta la distribución de los profesionales médicos activos por categoría de empleo.

Conforme lo señaláramos anteriormente se ha hecho una serie de estimaciones sobre la oferta futura en base a la información obtenida del Censo antes mencionado y al crecimiento de la población así como la expansión de los servicios de Salud.

Conforme se menciona anteriormente existen en el país siete Escuelas de Medicina.

OFERTA FUTURA

En base al número de graduados en 1964 y 1965, al número de matriculados por año de estudios en 1966 y a las tasas de abandono de estudios, observadas, se ha establecido la proyección de la producción de las siete Escuelas Médicas del Perú, para las dos décadas siguientes al año del censo. De acuerdo a esas proyecciones el número de graduados en la década 1964-73 será de 3,640 médicos y en la década de 1974-83 de 4,210 profesionales.

Una fuente adicional de médicos está constituida por los que revalidan sus grandos obtenidos en el extranjero, las tendencias estudiadas hacen esperar alrededor de 750 revalidaciones para la década 1964-73, o sea, 75 por año.

Para determinar cual será la oferta de médicos en 1973 y 84 se han supuesto tres hipótesis alternativas de pérdida.

HIPOTESIS I - ABANDONO OBSERVADO SIN RETORNO

Esta hipótesis es la pesimista, asume que una vez que el médico ha dejado su ocupación o el país, no retornará. Por ejemplo, se encontró que cerca del 13% de los médicos graduados en el período 1954-63 no estaban en actividad en el Perú en 1964, y solamente 8% de los médicos graduados en el período anterior 1944-53 había dejado la profesión. Al estimar las pérdidas futuras, esta hipótesis supone que la misma proporción (13%) del grupo de graduados en 1954-63 permanecerá inactivo en 1974, tal como lo estaba en 1964.

HIPOTESIS II - ABANDONO OBSERVADO CON RETORNO

Esta hipótesis supone que las pérdidas más recientes, o sea las observadas entre graduados jóvenes son transitorias y que cada grupo a una edad dada, tendrá la misma tasa de pérdida que la que experimenta el grupo de mayor edad más próxima. En el ejemplo anterior, significaría que la retención del 87% que se encontró en 1964 para los médicos graduados en el período 1954-63, aumentará a una retención del 92% para 1974, de acuerdo a lo experimentado por los médicos graduados en el período 1944-53. Esta hipótesis es la más realista. A medida que el sector salud se expanda, algunos de los que dejaron la profesión en el Perú por las inadecuadas oportunidades de trabajo o por estudiar en el extranjero volverán a la práctica activa.

HIPOTESIS III - ABANDONO MINIMO

Es la hipótesis más optimista. Indica cuantos médicos estarán potencialmente disponibles y supone que solamente habrán pérdidas debidas a muerte o incapacidad física. Para el grupo de médicos graduados en 1954-63, supone una pérdida de 4% en 1964, 7% en 1974, 10% en 1984, 30% en 1994 y 80% en 2,004. La proyección obtenida así es útil, comparada con las otras proyecciones, para demostrar la reserva potencial, no utilizada, de médicos.

Del juego entre producción de las escuelas y las hipótesis alternativas de pérdida, surgen las proyecciones de oferta futura que mostramos (cuadro n° 11).

DEMANDA FUTURA

En base a diferentes hipótesis sobre construcción de hospitales, productividad de recursos y demanda de servicios se han elaborado dos modelos de crecimiento del sector salud, denominados de crecimiento rápido y de crecimiento moderado.

Las metas de actividades de ambos modelos se muestran en el cuadro n° 12 y se las compara con las observadas en 1964.

En ambos modelos se propone ganancias en todas las actividades, dándose relativamente más énfasis a la consulta médica que a hospitalización, pero difieren en la cuantía de la ganancia y en su costo global (5.5% del Producto Nacional Bruto para el modelo de crecimiento rápido y 5.0% para el moderado).

Teniendo como punto de partida la composición normalizada de los establecimientos de salud y el rendimiento también normalizado de los instrumentos se han practicado las estimaciones de la demanda de trabajadores de salud.

En el cuadro n° 13, mostramos en el caso específico de los médicos, los estimados de oferta y demanda, de acuerdo a las tres hipótesis alternativas para la oferta y a los dos modelos de crecimiento, para la demanda.

Consideramos que la oferta que se basa en la hipótesis II por ser más realista, es la que probablemente se cumplirá. Asimismo, dado su costo, es presumible que se seleccione el modelo de crecimiento moderado. En este caso, comparando la oferta y demanda de médicos, no se requerirá cambios en la matrícula de las escuelas médicas en lo que resta de la década del 60 y sólo unos pocos en la década siguiente. Estos cambios se cumplirían en dos etapas: primera, expansión de la matrícula en las escuelas existentes y segunda abriendo una nueva escuela médica en la década del 70.

Si se adoptara el modelo de crecimiento rápido, se requeriría una sustancial expansión de la educación médica para alcanzar la meta de 13,900 médicos en 1984.

Existiendo una mala distribución de los médicos en el país, de acuerdo a la información antes mencionada, se ha iniciado un programa de colaboración entre las Facultades de Medicina y el Ministerio de Salud Pública denominado de Internado Rural Preventivo Asistencial.

Dicho programa está destinado a los jóvenes ex-alumnos de Medicina que aún no han obtenido su tesis y a los cuales se les asigna a una Posta Médica Rural bajo la supervisión de la Unidad de Salud respectiva y del Hospital Centro de Salud de la circunscripción, así como de la Facultad de Medicina respectiva.

Antes de hacerse cargo de sus puestos los que resultan seleccionados, reciben un cursillo de orientación en la Escuela de Salud Pública en los aspectos asistenciales que más van a necesitar tales como medicina y cirugía de urgencia, pediatría y obstetricia, así como en las técnicas de la medicina preventiva para el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental y algunas nociones de salud pública.

Las Postas a las que son asignados cuentan con toda clase de comodidades para su vivienda y para la atención del público así como instrumental, equipo de laboratorio y biblioteca y a cada uno de los ex-alumnos se les asigna un trabajo de tesis sobre los problemas que deben atender en sus servicios.

La duración del internado tiene un mínimo de un año y un máximo de dos.

Los que completan satisfactoriamente sus servicios son bonificados en sus antecedentes para los concursos de provisión de servicios en los Hospitales Centros de Salud y en otros servicios y tienen prioridad para la obtención de becas para la realización de estudios de post grado en los distintos cursos que se llevan a cabo tanto en la Escuela de Salud Pública como en las Escuelas de Graduados de las Facultades de Medicina.

Se pretende que la supervisión sea lo más estrecha posible para hacer que el internado se desarrolle en la mejor forma y con el mayor provecho.

Aún la experiencia es corta, pero ya se puede ver algunos resultados satisfactorios.

Si este programa fuera intensificado y un requisito obligado para ocupar cargos en el Ministerio de Salud Pública, pensamos que podría ser la solución al problema de la falta de profesionales que deben servir en el medio rural.

Cuadro 2

AMERICA LATINA: PORCENTAJES DE AUMENTO DE LA POBLACION, 1900-1920 a 1970-1980(a)

Sub-Región y país	PORCENTAJE DE AUMENTO EN EL PERIODO							
	1900-20	1920-30	1930-40	1940-50	1950-60	1960-65	1965-70	1970-80
<u>América Latina</u>								
<u>Total</u>	---	20.4	20.9	25.2	31.1	14.9	15.0	32.9
<u>América del Sur</u>								
<u>Templada</u>	---	19.7	22.6	25.9	33.9	15.4	15.4	33.1
Brasil	59.1	22.4	23.2	26.0	34.6	15.6	15.3	31.8
Colombia	59.2	19.6	25.0	28.4	32.4	15.0	15.3	35.0
Perú	40.1	8.3	17.9	19.3	26.0	13.8	14.3	31.8
Venezuela	4.0	22.2	25.5	33.8	47.8	18.4	19.2	42.5
Ecuador	---	8.9	21.1	28.7	32.9	15.1	16.1	37.2
Bolivia	9.9	15.5	16.5	20.1	22.7	11.9	12.6	28.8
<u>América Central</u>								
<u>Continental</u>	---	15.5	19.6	29.2	35.0	18.2	18.5	42.1
México	6.6	14.4	19.4	30.3	35.5	18.5	18.9	43.2
Guatemala	---	22.1	24.3	27.4	34.2	15.4	15.9	36.7
El Salvador	---	15.6	14.8	20.5	30.7	17.1	17.1	37.0
Honduras	76.7	21.1	20.9	24.6	28.7	18.8	18.8	41.0
Nicaragua	33.9	16.7	17.9	28.5	32.4	18.8	18.8	41.0
Costa Rica	47.7	18.5	24.0	29.4	46.2	21.6	20.6	40.8
Panamá	38.4	17.0	18.5	28.5	35.4	15.8	16.7	38.8
<u>América del Sur</u>								
<u>Templada</u>	---	27.3	18.2	20.3	22.1	10.0	9.7	20.0
Argentina	86.8	34.3	19.1	21.3	21.9	9.0	8.5	17.0
Chile	30.3	15.3	16.0	19.9	25.6	13.1	13.1	26.9
Uruguay	82.8	17.2	13.8	11.2	13.5	6.3	5.9	11.6
Paraguay	---	25.9	26.2	25.7	23.1	13.5	14.4	33.5
<u>Caribe</u>	---	22.4	19.8	21.0	22.3	12.2	12.5	27.4
Cuba	82.5	30.1	19.0	20.6	23.4	10.7	10.4	20.8
Haití	---	14.0	16.7	19.6	22.5	12.2	13.1	31.5
Rep. Dominicana	---	22.8	25.6	27.5	35.1	18.4	19.2	44.4
Puerto Rico	37.7	18.3	21.1	18.0	6.4	8.3	7.7	13.2

(a) Basados en las cifras del cuadro n° 1

Cuadro 3

AMERICA LATINA: TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION POR SUBREGIONES. 1920-30 a 1970-80 (por ciento) (a)

SUB-REGION	P E R I O D O						
	1920-30	1930-40	1940-50	1950-60	1960-65	1965-70	1970-80
<u>América Latina</u>							
<u>Total</u>	<u>1.8</u>	<u>1.9</u>	<u>2.2</u>	<u>2.7</u>	<u>2.8</u>	<u>2.8</u>	<u>2.8</u>
América del Sur Tropical	1.8	2.0	2.3	2.9	2.9	2.9	2.8
América Central Continental	1.4	1.8	2.5	3.0	3.3	3.4	3.5
América del Sur Templada	2.4	1.7	1.8	2.0	1.9	1.9	1.8
Caribe	2.0	1.8	1.9	2.0	2.3	2.3	2.4

(a) Las tasas anuales de crecimiento fueron calculadas con base en las cifras del cuadro n° 1 mediante la fórmula: $(p - p) / 2$

$$r = \frac{n_2 - n_1}{(p + p) n}$$

Cuadro 4

COMPARACION DE LAS TASAS ANUALES DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION EN 1940-1950 y 1950-1960 EN PAISES LATINOAMERICANOS

Porcentaje anual de crecimiento	1940-1950		1950-1960	
	Número de países	Por ciento de población	Número de países	Por ciento de población
Total	22	100	22	100
Menos de 2	9	32	4	14
2 - 2.4	6	46	1	3
2.5- 2.9	7	22	7	19
3 - 3.4	-	-	7	58
3.5 y más	-	-	3	6

Cuadro 5

MEDICOS EN ACTIVIDAD: Número por departamentos, Perú 1964

DEPARTAMENTOS	Médicos
Total	5,235
Amazonas	21
Ancash	92
Apurímac	13
Arequipa	253
Ayacucho	29
Cajamarca	49
Callao	298
Cuzco	93
Huancavelica	12
Huánuco	37
Ica	135
Junín	134
La Libertad	209
Lambayeque	134
Lima	3,268
Loreto	91
Madre de Dios	4
Moquegua	22
Pasco	45
Piura	166
Puno	48
San Martín	26
Tacna	29
Tumbes	27

Cuadro 6

PROFESIONALES EN ACTIVIDAD: Habitantes por médico
por departamento, Perú 1964

DEPARTAMENTO	HABITANTES POR MEDICO
Amazonas	6,500
Ancash	7,000
Apurímac	23,700
Arequipa	1,700
Ayacucho	15,200
Cajamarca	17,200
Callao	900
Cuzco	7,200
Huancavelica	27,600
Huánuco	9,900
Ica	2,200
Junín	4,400
La Libertad	3,200
Lambayeque	3,000
Lima	700
Loreto	4,400
Madre de Dios	4,500
Moquegua	2,600
Pasco	3,500
Piura	4,600
Puno	15,600
San Martín	7,200
Tacna	2,700
Tumbes	2,400
TODO EL PAIS	2,200

Cuadro 7

TOTAL DE MEDICOS: Número y Porcentaje por Especialidad, según Grupo de Población Distrital Urbana; PERU 1964

	TOTAL		GRUPO DE POBLACION DISTRITAL URBANA								
			Menos de 10,000 hbs.		10,000 a 24,999 hbs		25,000 a 49,999 hbs.		50,000 a 249,000 hbs		250
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Núm
Medicina General	1,437	100.0	223	15.5	220	15.3	45	3.1	184	12.8	76
Cirugía General	548	100.0	43	7.8	57	10.4	22	4.0	99	18.1	32
Pediatría	445	100.0	27	6.1	37	8.3	19	4.3	76	17.1	28
Ginecol. y Obstetr.	400	100.0	15	3.8	18	4.5	16	4.0	77	19.2	27
Laboratorio Clínico	196	100.0	3	1.5	14	7.1	6	3.1	36	18.4	13
Psiquiatría	110	100.0	1	0.9	1	0.9	-	-	12	10.9	9
Fisiología	197	100.0	9	4.6	19	9.6	8	4.2	31	15.7	13
Otorrinolaringología	85	100.0	1	1.2	1	1.2	2	2.4	13	15.3	6
Anestesiología	84	100.0	2	2.4	3	3.6	2	2.4	14	16.7	6
Neurología	47	100.0	1	2.1	1	2.1	1	2.1	5	10.8	3
Medicina Interna	233	100.0	8	3.4	10	4.3	15	6.5	30	12.9	17
Medicina Física	22	100.0	-	-	-	-	-	-	2	9.1	2
Otras esp. médicas	317	100.0	5	1.6	11	3.5	9	2.8	48	15.2	24
Otras esp. quirúrg.	287	100.0	3	1.0	13	4.5	4	1.4	39	13.6	22
Administ. Sanitaria	160	100.0	26	16.3	33	20.6	10	6.3	20	12.4	7
Administ. Hospitales	67	100.0	16	23.9	11	16.5	4	5.9	12	17.9	2
Otras esp. S. Pública	64	100.0	4	6.3	12	18.7	6	9.4	11	17.2	3
Otras especialidades	242	100.0	5	2.1	3	1.2	10	4.1	34	14.0	19
No indicada	294	100.0	5	1.8	7	2.4	5	1.5	21	7.2	25
TOTAL	5,235	100.0	397	7.5	472	8.9	184	3.5	764	14.5	3,419

Cuadro 8

DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS CON PUESTO RENTADO Y PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA: POR INSTITUCION ADMINISTRADORA: PERU 1964

INSTITUCION ADMINISTRADORA	MEDICOS		HORAS TRABAJADAS POR SEMANA
	Número	%	
Ministerio de Salud	1,537	35.9	33
Seguro del Empleado	479	11.2	33
Seguro Obrero	608	14.2	36
Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía	625	14.6	34
Beneficencia	642	15.0	29
Otras gubernamentales	124	2.9	26
Instituciones privadas	266	6.2	33
TOTAL	4,281		33

Cuadro 9

NUMERO DE MEDICOS EN ACTIVIDAD Y RELACION HABITANTES/MEDICO, POR GRUPO DE POBLACION, PERU 1964

	GRUPO DE POBLACION					
	PERU	Lima Metropolitana	50,000-249,999	25,000-49,999	10,000-24,999	Menos de 10,000
Médicos en actividad	5,235	3,420	759	184	474	398
Habitantes por médico	2,200	600	1,200	1,600	2,000	17,600

Cuadro 10

DISTRIBUCION DE MEDICOS PROFESIONALMENTE ACTIVOS
POR CATEGORIA DE EMPLEO: PERU 1964

CATEGORIA DE EMPLEO	MEDICOS POR CATEGORIA	
	Número	%
Unicamente puesto rentado	1,497	28.6
Unicamente práctica privada	194	3.7
Unicamente docencia	173	3.3
Puesto rentado y docencia	236	4.5
Práctica privada y docencia	99	1.9
Puesto rentado y práctica privada	1,795	34.3
Puesto rentado, docencia y práctica privada	749	14.3
Desconocido	492	9.4
TOTAL	5,235	100.0

Cuadro 11

MEDICOS PROFESIONALMENTE ACTIVOS Y RELACION DE HABITANTES/MEDICO: POR HIPOTESIS: PERU, 1940^a
1957^a, 1961^b, 1964, 1974 y 1984

NUMERO DE MEDICOS Y HABITANTES/MEDICO POR AÑO	OFERTA DE MEDICOS POR HIPOTESIS		
	I	II	III
<u>Años</u>	<u>Número de Médicos</u>		
1940	793	793	1,200
1957	3,834	3,834	3,700
1961	4,413	4,413	5,000
1964	5,235	5,235	5,600
1974	8,700	9,000	9,300
1984	12,400	12,900	13,300
<u>Años</u>	<u>Habitantes por Médico</u>		
1940	8,400	8,400	5,600
1957	2,400	2,400	2,500
1961	2,300	2,300	2,100
1964	2,200	2,200	2,000
1974	1,800	1,700	1,700
1984	1,700	1,600	1,600

a. Las cifras para 1940 y 1957 corresponde a la Encuesta Médica y Hospitalaria del Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima 1957.

b. De una tabulación especial del Censo de 1961

Cuadro 12

PROYECCION DE LA PRODUCCION Y TASAS DE UTILIZACION DE ACTIVIDADES DE SALUD SELECCIONADAS: según dos modelos de crecimiento: Peru, 1984^a

ACTIVIDAD	ACTIVIDADES POR 1000 HABITANTES			% DE INCREMENTO (1964 - 1984)	
	1964	1984		crec.rápido	crec.moderado
	observado	crec.rápido	crec.moderado		
Egresos hosp.	35	60	52	171	149
Consult.	1,400	3,000	2,900	214	207
Consult.dentales	320	500	500	156	156
Inmunizaciones	300	450	450	150	150

Cuadro 13

PROYECCIONES DE OFERTA Y DEMANDA DE MEDICOS: Por hipótesis
Perú, 1974 y 1984

PROYECCION	AÑO	
	1974	1984
<u>Oferta</u>		
I	8,700	12,400
II	9,000	12,900
III	9,300	13,300
<u>Demanda</u>		
Crecimiento moderado	8,300	13,000
Crecimiento rápido	8,500	13,900

Cuadro 1

AMERICA LATINA: POBLACION TOTAL 1900-1980
(en miles)

SUB-REGION Y PAIS	1900	1920	1930	1940	1950	1960	1980
<u>América Latina - Total</u>	----	86.907	104.451	126.325	158.125	207.379	238.125
<u>América del Sur Tropical</u>	----	45.188	53.985	66.200	83.337	111.571	128.125
Brasil	17.318	27.554	33.718	41.525	52.328	70.459	81.125
Colombia	3.825	6.089	7.280	9.097	11.679	15.468	17.125
Perú	3.791	5.313	5.752	6.784	8.036	10.199	11.125
Venezuela	2.344	2.438	2.980	3.740	5.004	7.394	8.125
Ecuador	----	1.930	2.102	2.546	3.277	4.355	5.125
Bolivia	1.696	1.864	2.153	2.508	3.013	3.696	4.125
<u>América Central Continental</u>	----	19.369	22.380	26.776	34.585	46.686	55.125
México	13.607	14.500	16.589	19.815	25.826	34.988	41.125
Guatemala	----	1.450	1.771	2.201	2.805	3.765	4.125
El Salvador	----	1.168	1.350	1.550	1.868	2.442	2.125
Honduras	443	783	948	1.146	1.428	1.838	2.125
Nicaragua	448	600	700	825	1.060	1.403	1.125
Costa Rica	285	421	499	619	801	1.171	1.125
Panamá	323	447	523	620	797	1.079	1.125
<u>América del Sur Templada</u>	----	14.824	18.875	22.317	26.854	32.794	36.125
Argentina	4.743	8.861	11.896	14.169	17.189	20.956	22.125
Chile	2.904	3.785	4.365	5.063	6.073	7.627	8.125
Uruguay	809	1.479	1.734	1.974	2.195	2.491	2.125
Paraguay	----	699	880	1.111	1.397	1.720	1.125
<u>Caribe</u>	----	7.526	9.211	11.032	13.349	16.328	18.125
Cuba	1.573(a)	2.950	3.837	4.566	5.508	6.797	7.125
Haití	----	2.124	2.422	2.827	3.380	4.140	4.125
República Dominicana	----	1.140	1.400	1.759	2.243	3.030	3.125
Puerto Rico	953(a)	1.312	1.552	1.880	2.218	2.361	2.125

(a) Población según censo de 1899

---- Cifras no disponibles

Fuente: 1900: Brasil, Bolivia, México, Cuba y Puerto Rico, datos censales; demás hechas en CELADE. 1920-1980: UN ST/SOA/SER.R/7 Provisional Report on World Population as assessed in 1963.

INFORME FINAL DEL TEMA II.

Relator General: Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán
Secretario General: Dr. José Neyra Ramírez

- 1.- *Existe en los países latinoamericanos un número de médicos suficiente, en relación con la demanda demográfica y los problemas de salud?*

En general, la evidencia parece indicar que el número de médicos indispensable para atender las necesidades de América Latina es insuficiente. Una mayor exactitud en la calificación de esta aserción requiere un conocimiento actualizado de los problemas sanitarios de cada país y su correcta evaluación. Sólo con la cabal comprensión de los problemas nacionales de salud se puede poner en marcha un proceso de planificación que permita - cuantificar las necesidades de mano de obra estratégica. Sin embargo, se estima que algunos países disponen de una suma aceptable de médicos en tanto que otros acusan deficiencias marcadas que se agravan con una desigual distribución. La imperfecta organización de los servicios médicos - resta efectividad a su acción y determina la concentración de profesionales en las urbes y el desamparo de las áreas rurales. De todo ello resulta que mientras en las ciudades el tiempo hábil de trabajo del médico no se aprovecha como es debido, en el campo se carece de atención.

- 2.- *Si la respuesta es negativa, cuales serían las posibles soluciones para cubrir ese defecto? Aumentar la producción de médicos? Estimular la "importación" de médicos? Formar "médicos" en pocos años?*

Las posibles soluciones que remedien la insuficiencia de médicos son variadas y dependen de las causas que la producen. El déficit numérico real debe referirse a la fundación de nuevas Facultades que realicen ciclos normales de trabajo o al incremento razonable de la matrícula en las ya existentes, sin mengua de la calidad profesional. La importación de médicos sólo se estima conveniente cuando trate de cubrir aspectos formativos o docentes y se lleve al cabo selectivamente de acuerdo con planes que contemplen las necesidades del país. Si las causas derivan de la mala distribución debe promoverse la estructuración de servicios de alcance nacional con capacidad de realizar una medicina integral. No se tiene por aconsejable acortar la carrera médica pero si la formación de médicos en un tiempo mínimo compatible con la buena preparación, mediante la remoción y renovación de los programas. También se creyó conveniente recomendar se eliminen las barreras que limitan el intercambio y la reciprocidad del ejercicio profesional entre los médicos latinoamericanos.

3.- La tasa de un médico por cada 10,000 habitantes que se considera necesaria para una buena atención médica integral en países desarrollados, es aplicable a los países latinoamericanos? ...
Si no lo es que factores deben tenerse en cuenta para establecerla en cada país ?

- a) Características demográficas?
- b) Problemas de salud?
- c) Niveles económicos de la población?
- d) Recursos del Estado?

La tasa de médico-habitante que se juzga óptima para una buena atención médica en los países altamente industrializados no se estima aplicable a la América Latina en su estado actual de desarrollo. El establecimiento de una tasa realista para cada país requiere la consideración específica de sus características geográficas, étnicas y demográficas de sus niveles socio-económicos y culturales, de sus condiciones sanitarias y de los recursos nacionales disponibles. Una respuesta acabada a la relación médico-habitante exige, en fin, un conocimiento previo de cada país y de sus necesidades actualizadas así como la planificación de programas integrados de desarrollo.

4.- El considerar el problema del número de médicos que se gradúan en Latinoamérica deben contemplarse también las posibilidades reales de utilizar (emplear) al médico, sea por el Estado o en el ejercicio privado?

Incrementar el número de profesionales sin prever su aprovechamiento no parece conveniente. La Universidad debe formar el número de médicos que la comunidad y el Estado puedan emplear eficazmente en programas de salud vigentes y en desarrollo. El equilibrio entre la producción y la demanda de médicos en el mercado de trabajo se considera esencial. La formación de médicos debe resultar de un análisis de necesidades no sólo al nivel del médico general sino también del especialista.

5 y 6.- En que medida la "fuga de talentos" afecta al número de médicos que existe en los países latinoamericanos?
Debe contemplarse este aspecto cuando se elaboran programas para formar mayor número de médicos?

Las informaciones obtenidas permiten afirmar que el éxodo de médicos latinoamericanos a otros países supera en costo a lo investido por estos en programas de ayuda. Aproximadamente el 5% de los médicos graduados en América Latina emigran a un sólo país. Sin embargo, se considera que la calidad de médicos que se pierde es más importante que la cantidad, especialmente en cuanto se refiere a especialistas muy calificados que se necesitan para el servicio, para la docencia y para la investigación en el campo de la salud. Se estima que este problema merece la especial atención

de la Universidad y del Estado, propiciando factores que eviten esa fuga. Urge hacer un estudio de sus causas y tomar las medidas pertinentes que la yugulen haciendo más atractivo el trabajo del médico y fortaleciendo su sentido del deber y de responsabilidad para con su país.

7.- *La formación de especialistas, que es indispensable para un alto nivel de atención médica, debe hacerse preferentemente?*

- a) *En el propio país?*
- b) *En otro país latinoamericano de mejores recursos?*
- c) *En países desarrollados?*

El especialista, indispensable para un alto nivel de atención médica, debe formarse en los mejores centros de especialización. Los países que tienen Escuelas de Graduados deben preparar a sus propios especialistas; los que no las tengan, en los centros de los países latinoamericanos de alto nivel. Es posible preparar especialistas en el propio país elaborando programas de intercambio de docentes con otros países, lo cual redundará en una elevación del nivel académico de las Escuelas de Medicina. Enviar egresados jóvenes a países altamente industrializados es estimular el éxodo. Se debe seguir insistiendo en la creación de Centros Regionales Latinoamericanos de Entrenamiento Científico y Docente para profesores e investigadores en ciencias médicas que cubran las necesidades latinoamericanas.

8.- *Se ha demostrado, especialmente en los países con desigual desarrollo en sus diferentes áreas geográficas, que la mayor parte de los médicos se concentran en las ciudades y abandonan casi completamente las áreas rurales. Que factores están influyendo en este fenómeno?*

- a) *Formación del médico?*
- b) *Ausencia de facilidades para una buena práctica profesional en las áreas rurales?*
- c) *Falta de ambiente cultural mínimo para una vida civilizada?*
- d) *Pobre capacidad económica de los pobladores de las áreas rurales para sostener los servicios del médico?*

La formación del médico previa a sus estudios profesionales, la ausencia de facilidades para una buena práctica profesional en las áreas rurales, la falta de un ambiente cultural adecuado para la vida civilizada, la pobre capacidad consuntiva de los pobladores del campo para sostener servicios médicos y las pocas oportunidades que algunas Facultades de Medicina ofrecen para la actualización y superación profesional son factores que propician la concentración del médico en las urbes. La creación de cursos especiales destinados a una efectiva capacitación para ejercer en zonas carentes de comunicación y contacto y el establecimiento de programas sanitarios por el Estado son medidas aconsejables para abordar la situación vigente que requiere un profundo cambio estructural.

- 9.- *Qué medidas deben tomarse para lograr adecuada distribución de médicos en los países latinoamericanos y evitar su concentración en las ciudades más importantes?*

Para corregir la desigual distribución de los médicos debe contemplarse la mejoría de las condiciones económicas y los estímulos de todo orden que hagan deseable la concurrencia a las áreas rurales. Entre los estímulos pueden mencionarse el intercambio estrecho del médico rural con el medio universitario, la oferta de becas, el otorgamiento de méritos en el puntaje curricular y sobre todo la modificación fundamental de la situación socio-económica deplorable que prevalece en el ambiente rural.

- 10.- *Si se considera que la atención integral de salud requiere un equipo multidisciplinario, la tasa de médicos debe estar en relación con las tasas de otros profesionales del equipo de salud, o pueden ser independientes?*

Se considera que existe una íntima relación funcional entre la tasa de médicos y la de otros profesionales para médicos y auxiliares toda vez que integran un equipo de salud cuyos miembros no pueden actuar independientemente. Un incremento en el número de médicos debe contemplar el aumento concomitante de los demás profesionales que actúan en el equipo de salud.

- 11.- *La formación de otros profesionales y técnicos que integran el equipo de salud, debe ser encarada por las Facultades de Medicina latinoamericanas?*

Las Facultades de Medicina deben encarar el problema de la formación de los profesionales y técnicos que integran el equipo de salud y que han sido sujetos específicos de sus propósitos formativos y habrán además de establecer una debida colaboración con los Departamentos o centros de formación de profesionales, que aún cuando laboran en los programas integrados de salud y desarrollo, es usual que reciban su adiestramiento en escuelas especializadas.

PRIMERA MESA REDONDA: "EL PROBLEMA DE LA EMIGRACION
DE MEDICOS DE LATINO AMERICA
AL EXTRANJERO".

PONENTES:

Dr. Ramón Villareal (Mexico)
Dr. Washington Buño (Uruguay)

DISCUSION.

PRIMERA MESA REDONDA: "EL PROBLEMA DE LA EMIGRACION DE MEDICOS
DE LATINO AMERICA AL EXTRANJERO"

Dr. Ramón Villareal*

INTRODUCCION

Las profundas modificaciones socio-económicas producidas en América Latina, vienen a reflejarse necesariamente en cambios de trascendencia en la formación de profesionales en el campo de la salud. El número de médicos que necesita un país o región. La doctrina que debe presidir la práctica de la medicina y por consiguiente la orientación que debe darse a la enseñanza de la misma, los conceptos y métodos imperantes, la importancia relativa que se ha de asignar a las diversas disciplinas que forman los planes de estudios y la organización y administración de la enseñanza que se deriva de esto, se ven influenciados por el momento histórico que vive una comunidad y amerita que todo esto sea adecuado con las necesidades presentes y futuras de una sociedad.

En los países de la América Latina se persigue una integración de las funciones de protección, fomento y reparación de la salud, lo cual se considera una forma más dinámica de abordar los problemas de salud. Los objetivos son el traer bajo una sola organización y administración todos los servicios oficiales de salud pública que se relacionen con la salud del individuo, de la familia y la comunidad, y coordinar estos servicios con los de otras instituciones o individuos, directa o indirectamente, comprometidos en la promoción, mantenimiento o restauración de la salud. Estos esfuerzos son más explicables en esta época en que los problemas sociales se plantean con un sentido universal y en la que su solución se funda en la integración de los esfuerzos conducentes al bienestar de la sociedad y del hombre, con respeto de su dignidad y su modo de vivir. Todo esto viene a reflejarse en el número de médicos que es necesario formar y en el tipo de formación que deben recibir.

MAGNITUD DEL PROBLEMA PERSONAL MEDICO DISPONIBLE

En Latinoamérica había en 1957 100.369 médicos y la tasa por 10.000 habitantes era de 5,2. Los últimos datos provisionales disponibles para 1965 indican que el número de médicos en Latinoamérica alcanzaba un total de 141.457 con una tasa de 5,9 por 10.000 habitantes.

*

Jefe del Departamento de Educación Médica, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Documento preparado para la V Conferencia de Facultades de Medicina de Latinoamérica que se realizará en Lima, Perú, 19-21 de Octubre de 1967.

Algunos ejemplares pueden ilustrar este hecho: Venezuela informó tener 7,235 médicos en 1965, que representan 8,3 por 10,000 habitantes. Ocho años atrás en 1957 había solamente 3,939 médicos en Venezuela, o sea 5,9 por 10,000 habitantes. En Colombia el número de médicos aumentó de 4,500 en 1957, a 7,305 en 1965 (es decir, de 3,2 a 4,0 por 10,000 habitantes). Guatemala tenía solamente 542 médicos en 1957; pero en 1964, había aumentado a casi el doble- 1.066, o sea una tasa de 2,5 por 10,000 habitantes. La tasa de médicos por 10,000 habitantes en años recientes varió ampliamente en los distintos países, desde 14,9 en Argentina (en 1962) hasta 0,7 en Haití. Cuatro -- países tenían menos de 3 médicos por 10,000 habitantes.

La distribución de los médicos dentro de los países es irregular, hallándose concentrados principalmente en las grandes ciudades. Por ejemplo, en 1964 en Venezuela el 46 por ciento estaba en Caracas, donde la tasa alcanzaba a 17,6 por 10,000, mientras que en el resto del país era igual a 5,3. En México la situación es menos favorable porque en el interior del país, excluyendo el Distrito Federal, la tasa de médicos por 10,000 habitantes era 3,7 en 1965 en comparación con 18,5 en el Distrito Federal.

En la América Latina, considerada como un todo, la tasa de médicos con respecto a la población no es excesivamente baja. Con una mejor distribución geográfica sería posible alcanzar una mayor-reducción de la morbilidad y mortalidad que en el pasado. Por supuesto, deberían aumentar las tasas en ciertos países con valores muy bajos. En todos ellos, pensamos nosotros, la regionalización de los -servicios de salud y la mayor utilización de técnicos y auxiliares, po-drían aumentar la eficiencia de los servicios de los médicos.

Teniendo en cuenta el crecimiento de la población y también para reemplazar los médicos que mueren o se retiran, debe continuar aumentando su cantidad. En realidad, en 1971 se necesitarán ---- 169,200 médicos para mantener la misma tasa de 1965 (5,9 por 10,000 habitantes). Es así que en este periodo de 6 años (1965-1971) se necesitarán alrededor de 37,000 nuevos médicos, de los cuales 28,000 servirán para suministrar atención médica a la población que se agregará y otros 9,000 para reemplazos.

RECURSOS DISPONIBLES PARA LA PREPARACION DE MEDICOS

Actualmente, en las escuelas de medicina de Latinoamérica, se están graduando aproximadamente 6,800 médicos por año. En el periodo de seis años (1965-1971) estas escuelas prepararán casi 41,000 médicos, que constituyen un número suficiente para atender al crecimiento de la población y reemplazar a aquéllos que dejen el servicio activo. Extendiendo las proyecciones hasta 1980, se necesitarán 221,000 - médicos para mantener la tasa de 5,9 por 10,000, para una población es-

timada de 374 millones. Esto significa que se necesitarán 80,000 médicos más que en 1965, y además otros 19,000 para reemplazos. El total de nuevos médicos a adiestrar en el intervalo de 15 años sería de 99,000. Si se graduaran 6,800 médicos por años, como sucede en la actualidad, se tendría un total de 102,000 en 15 años, lo cual permitiría mantener la misma disponibilidad de médicos en 1980.

Cada país, con excepción de Trinidad y Tobago, tiene por lo menos una escuela de medicina. Existen actualmente en Latinoamérica 122 escuelas de medicina, que constituyen un número ligeramente mayor al de Estados Unidos y Canadá.

Se está poniendo empeño en reforzar la calidad de la instrucción y ampliar los programas de estudio de las escuelas de medicina, y se acepta que cuando en un país se hagan necesarios más médicos es preferible que se establezcan nuevas escuelas, puesto que el aumento del alumnado en las existentes puede, llegado cierto punto, afectar la calidad de la educación profesional impartida.

LA MIGRACION DE MEDICOS

Para hacer cálculos de la necesidad de médicos habrá que tomar en consideración factores que tiendan a aumentar la demanda de médicos y aquellos que puedan favorecer el conservar los recursos médicos disponibles. Entre los primeros, aquellos que determinan una mayor demanda de médicos se pueden citar.

1. El crecimiento de la población tanto por incremento demográfico natural como por migración.
2. El aumento de la demanda por servicios médicos como resultado de los esfuerzos de los países para mejorar las condiciones sociales de la población y contribución a su desarrollo económico.
3. La probabilidad de que un creciente número de graduados decidirá hacer estudios de post-grado de especialización lo cual retardará el tiempo cuando estén propiamente ejerciendo la profesión.
4. Las pérdidas por emigración de médicos.

Algunos de los principales factores que ayudarían a aumentar o conservar el recurso médico en los países serían:

- 1) Una mejoría en el proceso de motivación para los estudiantes que aspiran a ser médicos.
- 2) Mayores incentivos no sólo de tipo económico sino también intelectuales para el ejercicio de la profesión.

Es dentro de este contexto que debe analizarse el problema de migración de médicos de América Latina,

La organización Panamericana de la Salud, interpretando el interés creciente de los Países Miembros en estos asuntos, patrocinó un estudio para analizar la migración de personal adiestrado de Latinoamérica. Este estudio tuvo el propósito de recoger información factual que ayudara a conocer los factores que intervienen en estos movimientos migratorios, que pudieran orientar para que la OPS formulara recomendaciones prácticas a los gobiernos latinoamericanos que reconciliaran las legítimas aspiraciones de los médicos y hombres de ciencia, con las muy legítimas necesidades de los países de conservar su personal adiestrado. Para este efecto la Organización Panamericana de la Salud designó un grupo de los miembros de su Comité Asesor en Investigaciones Médicas, para que con la dirección del Dr. Charles Kidd y con la colaboración del Dr. Kelly West, realizara este estudio cuyo informe final fue presentado en la reunión anual del Comité Asesor en Investigaciones Médicas de la Organización Panamericana de la Salud en junio de 1966.

Los datos que a continuación se señalan provienen principalmente de este estudio de la OSP.

De acuerdo con la información recogida en el estudio mencionado cada año emigran de América Latina a los Estados Unidos de América aproximadamente 300 médicos. Este número es equivalente a la producción de tres de las grandes escuelas de los Estados Unidos de América. Si se considera que el costo de construir una escuela de medicina es aproximadamente de 20 millones de dólares y su costo de operación anual es de más o menos 5 millones, algunos consideran que el valor de los médicos de América Latina que vienen a los Estados Unidos de América es equivalente, en forma gruesa a la ayuda total que los Estados Unidos proporcionan a los países latinoamericanos.

La emigración de médicos latinoamericanos a los Estados Unidos de América no era frecuente antes de 1950; sin embargo, en los últimos años, ha ido aumentando progresivamente. Entre los años 1956 a 1960, 1,765 médicos latinoamericanos (excluyendo aquellos --- provenientes de Cuba) fueron admitidos a los Estados Unidos de América con visa de inmigrantes. En el periodo 1961 a 1965 esta cifra aumentó a aproximadamente 2,500. Su distribución por áreas geográficas es la siguiente:

CUADRO I

Médicos latinoamericanos admitidos a los Estados Unidos de América con visa de inmigrantes en los períodos 1956 - 1960 y 1961-- 1965.

Area	Total	1956-1960	1961-1965
Total	4.257	1,742	2.515
México	704	286	418
América Central	762	300	462
América del Sur	2.791	1,166	1.635

La mayoría de los médicos que han emigrado a los Estados Unidos han venido como internos o residentes. Actualmente hay aproximadamente 2,200 internos y residentes en los Estados Unidos que son - médicos graduados de escuelas latinoamericanas.

De los 3,773 graduados de escuelas de medicina latinoamericanas en los Estados Unidos de América, que no son internos o residentes, aproximadamente 1.300 son de Cuba, 933 de México (de los cuales aproximadamente una tercera parte son ciudadanos norteamericanos), 399 de Argentina, 294 de la República Dominicana, 211 de Colombia, 186 de Perú y 101 de Brasil. Se considera que un número apreciable de estos médicos son maestros y hombres de ciencia que potencialmente podrían hacer aportaciones valiosas en el campo de la enseñanza y la investigación en sus respectivos países.

De los médicos latinoamericanos que emigran a los Estados Unidos tres de cada cuatro son de Argentina, Colombia, México y Perú. Es conveniente recordar en relación con esto que el 80% de todos los médicos de América Latina se gradúan en seis países: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, México y Venezuela y que dos terceras partes son graduados en tres países: Argentina, Brasil y México.

Los efectos de la migración en los países individualmente depende no sólo en el número total sino en la proporción en relación con el número de médicos que forma el país en cuestión. La siguiente tabla es ilustrativa respecto a médicos que emigraron durante el período 1961-1965.

Area y País	Porcentaje
México	8
América Central	22
América del Sur	9
Argentina	6
Colombia	16

Para los países con relativamente pocos médicos aún una pequeña pérdida por emigración puede tener consecuencias muy importantes. En el Cuadro 3 aparece información sobre tres países relativamente pequeños con una gran emigración.

CUADRO 3

Porcentaje de médicos emigrantes a los Estados Unidos de América en relación con el número de graduados en la República Dominicana, Haití y Nicaragua en el periodo 1961-1965

País	Porcentaje
República Dominicana	14
Haití	20
Nicaragua	18

A principios de 1966 había en Estados Unidos aproximadamente 6,000 médicos graduados en América Latina. Esto equivale aproximadamente a la producción total de las escuelas médicas de América Latina en un año, ya que de acuerdo con lo que se señala anteriormente el número de graduados de las 122 escuelas latinoamericanas es aproximadamente 6,800.

El estudio de la Organización Panamericana de la Salud - también analizó las causas de emigración. En general se puede decir que existen factores que impulsan al profesional a salir de su país de origen y factores externos que seducen al individuo a emigrar. Estos factores aparecen en la siguiente lista en orden de prioridad de acuerdo con el resultado obtenido de la investigación que se hizo en un grupo de médicos que habían emigrado y médicos emigrantes potenciales.

Factores que estimulan la emigración de médicos de América Latina

- Falta de oportunidades profesionales
- Bajos ingresos económicos
- Escasos recursos y facilidades para el ejercicio de su profesión.
- Ambiente profesional inadecuado
- Problemas políticos locales
- Inestabilidad política, limitación de la libertad personal o profesional
- Falta de limitación en la inmigración a los Estados Unidos

dos de América.

- Oportunidades profesionales en los Estados Unidos de América.
- Matrimonio con un nacional de los Estados Unidos de América
- Leyes liberales para el ejercicio de la profesión en los Estados Unidos de América.
- Escuelas de medicina de bajos standards en su país.
- Estudios de postgrado en los Estados Unidos de América
- Alta calidad
- Duración prolongada
- Salarios elevados
- Adiestramiento no relacionado con las prioridades de América Latina
- Conocimiento del idioma inglés

Factores que inhiben la emigración de médicos de América

Latina

- Falta de conocimiento del idioma inglés
- Oportunidades para una carrera profesional
- Salario conveniente (no necesariamente igual a los salarios de los Estados Unidos de América)
- Equipo y facilidades adecuados para enseñanza e investigación
- Ambiente profesional apropiado
- Promoción basada en méritos profesionales
- Alta calidad de la educación médica en su país
- Patriotismo, lealtad al país y a la sociedad local; es piritu pionero
- Estabilidad política y libertad
- Vinculos familiares y sociales
- Requerimientos para el ejercicio profesional en los Estados Unidos de América
- Buenas oportunidades para estudios de postgrado en América Latina
- Requisitos para salir de los Estados Unidos de América para aquellos que han ingresado con visa de visitante.
- Exámen del "Educational Council for Foreign Medical Graduates (ECFMG)".

Es evidente que existen factores atribuibles tanto a los países de América Latina como a los Estados Unidos de América que explican la dinámica de la migración de médicos entre estas dos regiones. Estos factores no son intencionales

PRIMERA MESA REDONDA: "EL PROBLEMA DE LA EMIGRACION DE MEDICOS,
DE LATINOAMERICA AL EXTRANJERO"

Dr. Washington Buño (Uruguay)

1.- INTRODUCCION.

La migración de médicos de los países de América Latina hacia otros países y, en especial hacia los Estados Unidos, juntamente con la migración de técnicos y de obreros especializados (brain drain), es un problema que se ha ido agravando en los últimos años hasta constituir una verdadera preocupación de gobiernos e instituciones.

Se comprende entonces que el "Department of State" haya llamado a una reunión, celebrada en Washington en octubre de 1966 (1), para analizar el problema con un enfoque mundial; que la Oficina Sanitaria Panamericana de la Salud (OMS-OSP) haya designado un Comité que lo estudió y publicó un extenso relato dedicado en especial al caso de América Latina (2), y que el tema en cuestión haya estado presente en casi todo el transcurso de la Conferencia para la aplicación de la Ciencia y la Tecnología al desarrollo de América Latina, organizada por la UNESCO y la CEPAL y realizada en Santiago de Chile en Setiembre de 1965 (3).

Se comprende, también, que diversas publicaciones científicas se hayan ocupado del asunto, y haya sido asimismo, motivo de análisis por parte de personalidades interesadas en el desarrollo social, económico, cultural y científico de AMERICA Latina (4, 5, 6, 7 y 8).

Todo esto demuestra la existencia de un problema serio que se va agravando a medida que el tiempo pasa, cuya verdadera magnitud no es posible aún determinar con precisión, pero que todos sentimos como muy importante y para el cual no se han arbitrado aún soluciones satisfactorias.

No tenemos aún, una exacta noción de en que medida ese fenómeno migratorio selectivo influye sobre la salud pública, la economía, la educación y el desarrollo de los países de Latino América. Pero aún en ese clima de vaguedades, es seguro que ha causado, y seguirá causando si no se le remedia, serias dificultades para asegurar el progreso que los países de América Latina están exigiendo cada vez de modo más perentorio. La diferencia de riqueza entre zonas de diferente desarrollo, técnico, industrial y económico, diferencia que para algunos economistas se vá acentuando con el correr del tiempo (9), estaría naturalmente agravada por el trasiego de valores humanos que serían sustraídos a los más pobres, para ser adjudicados a los más ricos.

"El problema de la pérdida de talentos de los países subdesarrollados a beneficio de los países desarrollados es relevante bajo todos los puntos de vista. Todavía, sin embargo, no se ha analizado científicamente". (10).

En la medida en que los dirigentes de la sociedad; responsables de la salud pública y de la educación en todos sus niveles, y líderes en las distintas actividades sociales tomen conciencia del problema, de sus profundas raíces económicas y de que, como todo problema de organización humana, es de solución posible por la voluntad del hombre, cabe la esperanza de que el desarrollo de nuestra América alcance el nivel que todos ambicionamos.

2.- DELIMITACION DEL PROBLEMA.

Este párrafo que delimita el problema en si dentro del más amplio de las migraciones en general, sin medirlo ni ponderarlo, puede facilitar mucho la comprensión ulterior de la totalidad del mismo.

Las migraciones de médicos, científicos, técnicos y obreros calificados de América Latina hacia otros países, es una parte de las migraciones humanas, capítulo que la demografía analiza y la historia ha registrado desde sus orígenes. Pueblos enteros han migrado en acción de conjunto, como el Exodo bíblico (11) o lo han hecho a través de años y siglos y en todas direcciones como lo ha cumplido el pueblo judío en la diáspora. Las migraciones han sido de un país a otro o de un continente a otro, y esta corriente humana ha permitido la colonización de América del Norte y del Sur por gentes venidas de España, Gran Bretaña e Irlanda, Portugal, Italia, Francia, Africa y en menor medida de otros países de Europa y Asia. La gran masa migratoria estaba constituida por trabajadores manuales del mas bajo nivel social, económico y el educacional, con la excepción de una minoría selecta, la gran masa de inmigración, que en el siglo pasado y comienzos de éste, pobló y fué poderosa fuerza de progreso para los Estados Unidos y Canadá, en América del Norte y para Argentina, Brasil y Uruguay en América del Sur, lo fué porque sus puertos llegaron centenares de miles de inmigrantes (por lo demás analfabetos en su mayor parte) (12). Junto con esta masa socialmente marginal, atraída por el espejismo de una fortuna a realizar rápidamente y alejada de su país de origen por la miseria o la persecución política o religiosa, llegaron también, aunque en pequeño número, personas capacitadas en diversas disciplinas, atraídos por la novedad, la curiosidad científica, la aventura o el espíritu de pioneros (científicos, médicos, técnicos, artistas, artesanos calificados, etc). Basta recordar los nombres de Raimondi en Perú, Bompland en Paraguay y Uruguay, Amadeo Jacques, Ricardo Burmeister y Carlos Berg en Argentina, y tantos otros que iniciaron la exploración de la naturaleza.

Tambien llegaron médicos, cirujanos, barberos, sacamuelas, practicantes de medicina y enfermeros que aseguraron asistencia médica a la población rápidamente creciente y fueron los fundadores de

las primeras escuelas médicas del continente. Es innecesario que destaquemos la enorme importancia que tuvieron estas migraciones, de países europeos más desarrollados hacia repúblicas en rápido proceso de formación .

Pero además de estas migraciones "externas" deben también mencionarse las migraciones internas, es decir las que se producen dentro del mismo país. El signo más importante de las migraciones actuales es precisamente su tendencia a migrar desde las regiones campesinas hacia las zonas urbanas. Este flujo es general y se cumple en todo el mundo, en mayor o menor grado . Es una consecuencia de la revolución industrial y del proceso de industrialización urbana. "El interés actual por el estudio de las migraciones se relaciona con el veloz proceso de urbanización. Grandes cantidades de personas, en todos los continentes, abandonan los lugares en que han nacido y se trasladan a regiones más "modernas". (13). Un ejemplo notable, con características propias , es la migración de portorriqueños hacia los Estados Unidos (1 millón) y en especial hacia Nueva York (700,000) .

La consecuencia de este tipo de migración hacia las ciudades ha sido el incremento a veces desmedido de las mismas. El aflujo de gentes a creado toda una población marginal, viviendo en pésimas condiciones de habitación, salubridad y trabajo, que han recibido los nombres de Villas miserias, callampas, favelas, barriadas, cantegriles, etc.

La característica de todo este tipo de migración que hemos mencionado es el estar integrada, principalmente, por individuos de bajo nivel social; en general mano de obra no calificada, con un elevado porcentaje de analfabetismo. Otra característica evidente es que se mueve desde lugares rurales de menor desarrollo hacia lugares urbanos de mayor industrialización.

La migración de médicos, científicos, técnicos y obreros (calificados, hacia el extranjero, si bien entra dentro del concepto general de migraciones humanas que hemos descrito, presenta caracteres muy especiales que la singularizan. En primer lugar es una migración selectiva : es decir que si bien en los grandes movimientos migratorios siempre hubo alguna, una proporción (siempre pequeña) de intelectuales que acompañaron el movimiento migratorio, en este caso ésta está (para algunos países latinoamericanos) exclusivamente o casi exclusivamente constituido por ese tipo de emigrantes; otros países, los más próximos a los Estados Unidos, tienen también una migración voluminosa del tipo del trabajador asalariado sin capacitación técnica.

En segundo lugar es ascendente (en lo que se asemeja a las migraciones internas) con lo que quiero significar que se dirige de zonas más atrasadas a otras más ricas y desarrolladas; esto la diferencia, como es natural, de las migraciones de Europa hacia América realizadas en la segunda mitad del siglo pasado.

3.- MAGNITUD DEL PROBLEMA Y VARIACIONES REGIONALES.(*)

3.1.-Empezemos por decir que la exacta dimensión del fenómeno que estudiamos no es conocida con suficiente precisión. Los datos que se poseen son esencialmente los proporcionados por Departamento de Inmigración de los Estados Unidos y se reducen a conocer el número de visas "de inmigrante" otorgadas a médicos, enfermeras, y otros colaboradores técnicos del médico. Como es natural, un cierto porcentaje de estos vuelve a su país de origen, y no tenemos elementos para una apreciación precisa de cual es ese porcentaje.

Debemos precisar que no todos los médicos que entran a los EE.UU. con una visa de inmigrante lo hacen con el propósito de radicarse en aquel país definitivamente. Muchos procuran esa visa por que les dá algunas facilidades en los EE.UU. , como permitirles eventualmente obtener algún trabajo extra, no estar sometidos a términos perentorios para abandonar el país y, para algunos países latinoamericanos, facilidades aduaneras al regreso. Al contrario, algunos que llegan con visa de visitante puede transformar su "status" y obtener una visa permanente, aunque esto parece acontecer con poca frecuencia. Esto complica todavía más la posibilidad de tener datos precisos.

En base a una estimación muy aproximada, pero válida para encarar la importancia del problema, OPS - OMS calculan que probablemente 3/4 de las personas con título universitario que ingresan con visa de inmigrantes permanecen en los EE.UU. (14) . Se conoce también el número de los que rinden y aprueban el ECFMGE (**) y de los que rinden examen de licencia para el ejercicio profesional; estos datos tampoco nos dan, por otras razones, información precisa sobre el número de médicos que realmente permanecen en los EE.UU.

Aún más vagos son nuestros conocimientos de la emigración hacia otros países , tanto fuera de América Latina como entre países latinoamericanos.

Los datos totales indican que fueron admitidos a los EE.UU. , con caracter de inmigrantes durante el año 1965;aproximadamente 5,400 personas entre médicos, ingenieros, científicos, profesores y técnicos certificados, procedentes de países de América Latina.

(*) Los datos numéricos usados en este trabajo son los proporcionados por (2 y 12).

(**) Educational Council Foreign Medical Graduates Examination.

En números absolutos los seis países que aparecen con más personal altamente calificado con visa de inmigrantes son, por su orden y en números redondos, para 1964: 1°. 1000 de Argentina; 2°. 900 de Colombia; 3°. 400 de México; 4°. 300 de Brasil; 5° 300 de Ecuador y 6° 300 de Perú. Debe destacarse, como un dato importante, que las curvas de emigración de Argentina y Colombia fueron en rápido ascenso (*). En cambio México, Brasil y Ecuador aumentaron en mucha menor proporción. Pero si de valores absolutos pasamos a valores relativos a la población, la situación de los países cambia radicalmente ya que los primeros cinco países en los que personal altamente calificado entra con visa de inmigrante a los EE.UU. por millón de habitantes son: 1°. Costa Rica con 183; 2°. República Dominicana con 103; 3°. Haití con 97; 4°. Ecuador con 83; 5°. Colombia 62. (**).

3.2. Si ahora diafragmamos nuestro instrumento de análisis y nos concentramos exclusivamente en la profesión médica, encontramos las siguientes cifras: entre 1956 y 1960 un total de 1,765 médicos fueron admitidos a los EE.UU. con visa de inmigrante (***) ; en tanto que en un período igual de tiempo, pero entre los años 1961 y 1965, el número ascendió a alrededor de 2,500. Es decir, en estos últimos años ingresó un promedio anual aproximado de 500 médicos en las condiciones mencionadas. Si tenemos en cuenta que, aunque no sabemos cuantos de ellos regresarán, una estimación no demasiado pesimista es de que 300 de ellos quedarán definitivamente. "Este número equivale a la totalidad de los egresados anuales de tres grandes Facultades de Medicina de EE.UU. Costaría alrededor de 60 millones de dólares el construirlas y más de 15 millones de dólares anualmente el mantenerlas. Expresado en estos términos el valor económico de los médicos que vienen a los EE.UU. es aproximadamente igual a toda la asistencia médica de EE.UU. a la América Latina". (15)

Para América Latina equivale a la migración, en el año 1965, del 5% (si no contamos Cuba y del 8% si incluimos Cuba) del número de médicos graduados ese año.

(*) De 400 anuales casi invariable entre 1959 y 1962 a 900 en 1963 y 1000 en 1964 para Argentina. Colombia tiene una curva similar entre 250 y 300 anuales de 1959 al 1962 a 900 en 1964. Ambas curvas declinan ligeramente en 1965.

(**) Hay que agregar Trinidad y Tabago con 96.

(***) No incluida Cuba.

Hay unos 6,000 médicos residiendo en los EE.UU. que provienen de países de latinoamérica; de estos 2,200, de procedencia diversa, trabajan como internos o residentes en algún hospital; el resto, dedicado a otras actividades médicas y que en 1966 era de 3,773 proviene, mencionando solamente los países que han proporcionado más de 100 médicos: 1°. de Cuba (1,300) 2°. de México (933); 3°. de Argentina (399); 4°. de la República Dominicana (211); 5°. de Colombia (211); 6°. de Perú (186) y 7°. de Brasil (101).

El número de licencias estatales concedidas a médicos latinoamericanos para practicar medicina en los EE.UU. luego del examen correspondiente, demuestra también un crecimiento continuo e importante a partir de 1961; 215 en 1960 y 345 en 1964. Si bien estos números pudieran ser exagerados, porque algunos rinden examen en más de un Estado, en cambio pueden ser compensados por quienes obtienen licencias sin examen.

Si analizamos el período de un año que termina el 30 de junio de 1965 como ejemplo, tenemos que han ingresado con visa de inmigrantes 757 médicos; limitándonos a los países que proveen más de 10 médicos tenemos el siguiente cuadro:

1.	Cuba	201
2.	Argentina	140
3.	México	110
4.	Colombia	82
5.	Brasil	37
6.	República Dominicana	32
7.	Bolivia	28
8.	Perú	25
9.	Haití	20
10.	Ecuador	13

Si esos mismos datos los referimos a la población de cada país, obtenemos el siguiente cuadro por millón de habitantes: (de OPS modificado)

1.	República Dominicana	10.6
2.	Trinidad y Tabago	8.7
3.	Bolivia	8.0
4.	Panamá	7.2
5.	Argentina	7.0
6.	Costa Rica	6.6
7.	Colombia	5.8
8.	Haití	4.8
9.	México	4.3
10.	Nicaragua	4.0
11.	Uruguay	3.6
12.	Ecuador	3.0
13.	Brasil	0.5

Y referido al número de cada 100 graduados de Médicos por año, obtenemos el cuadro siguiente:(exceptuada Cuba)

1.	Haití	48%
2.	Panamá	40%
3.	República Dominicana..	37%
4.	Bolivia	28%
5.	Nicaragua	27%
6.	Ecuador	20%
7.	El Salvador	20%
8.	Guatemala	20%
9.	Colombia	19%
10.	Honduras	14%
11.	México	11%
12.	Argentina	8%
13.	Perú	7%
14.	Venezuela	4%
15.	Chile	3%
16.	Brasil	2%

Estos datos nos llevan ya a conclusión de interés que podemos resumir del modo siguiente:

- 1°.- La cantidad de médicos que anualmente ingresan a los EE.UU. con visa de inmigrante, y que, en un alto porcentaje, se radicarán allí definitivamente, es una pérdida de capital humano importante para América Latina.
 - 2°.- Esta pérdida varía de significación para los diferentes países: en tanto que para Centro América, Bolivia, Ecuador, Colombia, la pérdida puede ser grave y en algunos casos catastrófica, al comprometer entre la mitad y un quinto del total de graduados por año; para Brasil, Chile o Uruguay con 3% o menos la pérdida aparece como de menor gravedad y para México y Argentina, con porcentaje intermedio, la cantidad es ya alarmante.
- 3.3 Hasta ahora hemos hecho mención solamente del número absoluto de médicos que emigran o relativo a la población y al número de graduados.

Pero el valor de la pérdida de un médico para la comunidad está también condicionado por el número de médicos que esa comunidad posee en relación con el número de habitantes. Si una comunidad tiene un exceso de médicos, que superan las necesidades de la salud pública, puede no ser perjudicial y puede mirarse con indiferencia que el excedente de médicos emigre; del mismo modo dos comuni-

dades pueden perder el mismo número de médicos en valores absolutos o el mismo número de médicos en relación a los egresados anuales y a la población, y la pérdida tener repercusión totalmente diferente si en una hay número suficiente de médicos por 10,000 habitantes y en el otro el número es netamente deficitario.

"Ninguna proporción por sí sola puede expresar si el "número de médicos disponibles es adecuado. Las cantidades que se "necesitan varían con la estructura del sistema de atención médica "en un país, con sus problemas de salud y con la demanda de ser-"vicio". (16)

Esta afirmación es verdadera en tanto se la interprete correctamente; la primera parte no presenta dificultades ya que no hay duda que las cantidades necesarias varían "con las estructuras "del sistema de atención médica en un país"; pero no cabe duda que cualquiera sea esa estructura, por perfeccionada que pueda llegar a ser el aprovechamiento de personal médico, hay un número que no puede pasarse sin desmedro de la atención que la comunidad debe recibir. Para un tipo de estructura de asistencia libre, no socializada, del tipo de la que existe en los EE.UU. p. ej. ; las autoridades sanitarias y médicas que este país expresan que 15.4 médicos por 10,000 habitantes (*) son insuficientes y se proponen aumentarlo; hay en proyecto la inauguración de 16 nuevas escuelas de medicina (además de las 88 actualmente funcionando) así como la expansión de algunas de las actuales (17). Es posible que para otras formas estructurales del sistema (socialización tipo Gran Bretaña o tipo URSS) el número pueda variar. Pero como precisamente todos los países de Latinoamérica (con excepción, quizá, de Chile) tienen una forma libre de asistencia médica, con seguros de salud mas o menos desarrollados, hemos de considerar que el número actual de médicos por 10,000 habitantes de los EE.UU. es una meta que no está muy alejada de las necesidades reales en uno u otro sentido.

La otra variante que hace intervenir la afirmación que analizamos (Los problemas de salud), es bien evidente aunque no fácilmente cuantificables; países tropicales, con afecciones endémicas, con elevada mortalidad parece obvio que requieren más médicos que zonas templadas, con menor mortalidad; ni es la misma la necesidad en zonas rurales que en zonas urbanas, hay indudablemente factores locales, climáticos, ecológicos y de otra naturaleza que determinan necesidades variables.

Finalmente debemos entender la última condicionante, la "demanda de los servicios", como exclusivamente limitada por las propias condiciones sanitarias y no, como tan frecuentemente acontece, por motivos económicos o culturales; con esa aclaración, la afirmación del informe es compartible.

(*) Cantidad en actividad en 1966

El incremento del número de médicos por 10,000 habitantes de 1957 a 1964 fué de 0.3 en EE.UU; de 0.7 en América del Sur y solamente de 0.1 en Mesoamérica (Centro América más México más Islas del Caribe - Trinidad y Tabago). Es decir que durante ese período de siete años el número de médicos en relación con la población creció más rápidamente en Norte América que en Mesoamérica y menos que en Sud América. (*).

Un país debe, pues, tener en cuenta, no solamente cuántos médicos pierde; sino cuanto los necesita considerando factores tales como su deficit actual, la desproporción entre el incremento de la población y el aumento del número de graduados en las escuelas de medicina y las necesidades de mayor cantidad de médicos para eventuales campañas de salud. Así, en un país con deficit de médicos la migración de un profesional puede representar una pérdida menos reparable que la de 2 ó 3 médicos de igual nivel de otro país.

Por eso nos ha parecido conveniente expresar, con un índice arbitrario, el verdadero significado de la pérdida de un médico para un país, en relación, no a la cantidad de médicos que tiene, sino a la necesidad numérica de médicos que ese mismo país requiere. Y así hemos tomado arbitrariamente como concentración óptima la que tiene en EE.UU. (15.4 por 10,000 habitantes) aún sabiendo que es menor que la de varios otros países del mundo, y que las autoridades americanas reiteradamente han expresado la necesidad de aumentarla y están aplicando planes en ese sentido (**).

Hemos imaginado un índice arbitrario que expresa la relación entre el número de médicos que tiene un país por 10,000 habitantes y el 15.4 que es el valor para los EE.UU. que hemos tomado como ideal para el tipo de medicina de asistencia libre.

Este coeficiente que llamamos coeficiente de suficiencia lo expresamos así $N/15.4$ en que N es el número de médicos por 10,000 habitantes del país y 15.4 el mismo índice de los EE.UU. Así p.ej. si un país tiene 7.7 médicos por 10,000 habitantes el índice es 0.5 o sea que en ese país hay la mitad de los médicos necesarios para llegar a la concentración alcanzada por los EE.UU.

(*) En realidad la proposición podría ser invertida con ventajas y decir que el incremento de la población, en relación al número de médicos, que también crecía pero no de modo suficiente, fué mayor en Centro América que en Norte y Sur América.

(**) Está proyectada la inauguración de 16 nuevas Facultades de Medicina en los próximos cinco años en los EE.UU. y la ampliación de algunas de las existentes.

La inversa del coeficiente de suficiencia , multiplicado por el número de médicos emigrantes nos dá un número que mide, en guarismos arbitrarios, el valor que para ese país tiene la pérdida de los médicos que emigran; este será tanto mayor cuanto menor sea el "coeficiente de suficiencia" y mayor el número de médicos emigrados. A este valor arbitrario lo llamamos "pérdida migratoria ponderada"; PMP.

$$PMP = \frac{1}{N} \times M$$

En que N es el número del médico por 10,000 habitantes y M el número de médicos que emigran a los EE.UU. Así por ejemplo un país X que tiene 7.7 médicos por 10,000 habitantes y pierde 20 médicos en un año, la pérdida migratoria ponderada nos dá un valor de 40

$$\frac{1}{\frac{7.7}{15.4}} \times 20 = \frac{1}{0.5} \times 20 = 2 \times 20 = 40$$

en tanto que un país Y, que ese mismo año perdió 20 médicos, pero cuya densidad de médicos por 10,000 habitantes es de 1.5 tendremos

$$\frac{1}{\frac{1.5}{15.4}} \times 20 = 10 \times 20 = 200$$

es decir la pérdida ponderada ha sido 5 veces mayor.

Expresamos muy rudamente nuestro índice diciendo que en tanto en los EE.UU. un médico vale por 1 , en el país X vale 2 y en Y vale por 10.

Veamos, aplicando este índice, que resultado tendremos para los diversos países de América en 1965 : (*)

(*) El ordenamiento se ha hecho según el índice de suficiencia.

		Med.	Med. x	Indice	
		<u>Emigr.</u>	<u>10,000 h.</u>	<u>Sufic.</u>	
				<u>N</u>	<u>P.M.P.</u>
				15.4	
1.	Argentina	140	14.9	0.97	145.6
2.	Uruguay	1	11.4	0.74	1.3
3.	Cuba	201	8.9	0.58	345.7
4.	Venezuela	10	7.8	0.5	20.0
5.	R. Dominicana	32	6.2	0.4	80.0
6.	Paraguay	2	6.	0.39	5.2
7.	Chile	8	5.8	0.38	21.0
8.	Panamá	8	5.3	0.34	23.5
9.	México	110	5.2	0.34	323.4
10.	Perú	25	4.7	0.3	83.2
11.	Costa Rica	8	4.7	0.3	26.6
12.	Colombia	82	4.4	0.28	292.7
13.	Nicaragua	6	4.2	0.27	22.2
14.	Brasil	37	4.0	0.26	142.1
15.	Ecuador	13	3.3	0.21	61.8
16.	Bolivia	28	2.9	0.19	147.6
17.	Guatemala	6	2.5	0.16	37.5
18.	El Salvador	6	2.2	0.14	42.8
19.	Honduras	5	1.6	0.1	50.0
20.	Haití	20	0.7	0.045	444.4

Como vemos el país cuyo P.M.P es más elevado, es decir, que pierde mayor cantidad de médicos en relación con su falta de ellos es : (1°) Haití con 444.4 ; le sigue (2°) Cuba con 345.7; (3°) México con 323.4; (4°) Colombia con 292.7; (5°) Bolivia con 147.6; (6°) Argentina con 145.6 y (7°) Brasil con 142.1. Se comprende así que la pérdida que para el Brasil es numéricamente escasa (37 en 1965) , insignificante por millón de habitantes (0.5% el mismo año) y pequeñas en relación al número de graduados (2% ese mismo año) adquiere en cambio una perspectiva especial cuando se la valora de acuerdo a su índice de médicos por habitantes: (4 por cada 10,000 es decir 1/4 que en los EE.UU.) . Este resultado está más claramente objetivado en la gráfica 1.

Otro factor que debemos tener en cuenta para apreciar esta migración es el factor incremento del número de médicos en relación con el crecimiento de la población . Ya vimos que este factor en Meso-América es muy escaso (0.1% en siete años 1957 - 1964); no es osado suponer que, precisamente, ese incremento reducido se cumple en los países que tienen un índice médicos/población escaso.

No vamos ha hacer comparaciones numéricas, pero es facil comprobar que la insuficiencia de médicos y su emigración es

importante en países con un bajo ingreso per cápita; con alta mortalidad infantil y baja expectativa de vida. Estos factores, entre otros, son los que la UN ha tomado como índices o parámetros de desarrollo.

- 3.4 Hasta ahora solamente hemos tenido en cuenta los factores cuantitativos absolutos o relativos a diversos valores, pero hay que tomar también en cuenta algunos valores cualitativos, que nos muestran que el problema es todavía más grave de lo que los números en sí mismos demuestran.

La emigración a los EE.UU. tiene algunas características que la hacen una pérdida más dolorosa:

- 1° Esta formada por médicos jóvenes: no es necesario mayores explicaciones para comprender que quien corre el albur de ir a instalarse a un país extraño o intentar la aventura de abrirse camino en una sociedad muy diferente a aquella en que se formó y a la que necesariamente se sentirá ajeno, deben ser en su mayoría, personas jóvenes. Los médicos de mayor edad, con una situación económica y social estabilizada, con familia formada y próximos al retiro, ni buscan emigrar, ni son fácilmente aceptados por otros países. No sorprende, en consecuencia, que el análisis de Gutiérrez Olivos y Riquelme muestre que la mayor proporción de emigrantes, altamente calificados tienen una edad entre 27 y 37 años (50%) y que por debajo de 27 hay 16% más. (18)
- 2° Está formada (también con excepciones) por médicos calificados; aquí hay un par de datos que son ya por sí mismos significativos (a) para ejercer en los hospitales deben pasar obligatoriamente el ECFMGE; es decir que este examen determina ya un nivel por debajo del cual no hay posibilidad de ejercicio profesional médico ninguno. Por lo tanto todos los médicos que emigran pasan por una primera selección; (b) además, los que obtienen licencia para trabajar en algunos Estados deben pasar todavía el examen de licencia (c) un porcentaje elevado son médicos con interés por la investigación científica, con posiciones universitarias de iniciación y que buscan en ese país el ambiente que no siempre encuentra en el suyo propio; del análisis de actividades hecho en 1966 por AMA surge que 55% estaban en la práctica privada, (como médicos generales o como especialistas) en tanto que 30% formaban parte del staff de algún hospital, 10% estaban en trabajos de investigación médica y un pequeño porcentaje en administración de hospitales, laboratorios clínicos y otras actividades. Es decir que lejos de presentar una sección transversal del cuerpo médico de un país cualquiera de Latinoamérica hay una neta tendencia hacia las actividades de mayor jerarquía intelectual dentro de la profesión. Se comprende que OPS-OMS afirmen que "aproximadamente el 25% de los médicos que son investigadores científicos

cos y docentes en potencia se pierden para América Latina por "migración para EE.UU." (19) . Finalmente la encuesta realizada por Suares y Suares muestra que entre los estudiantes que nunca han sido reprobados en ningún examen, es que se recluta el mayor porcentaje de los que quieren ir a estudiar al extranjero.(20)

3º Tambien psicológicamente se trata de una emigración seleccionada. Quien busca nuevos horizontes, en un país en rápida evolución con una sociedad ascendente en permanente lucha competitiva, tiene una cierta intrepidez y coraje intelectual que con frecuencia acompañan otras cualidades morales e intelectuales; diríamos que presumir de mente hay entre ellos líderes potenciales de la salud pública, la investigación científica médica, y la educación médica en un porcentaje mayor que entre los que se quedan.

3.5 Emigración a otros países. Estados Unidos es indudablemente el país que se llevó la mayor cantidad de médicos. Entre los países de América Latina hay pequeñas migraciones en general, artificialmente dirigidas por factores voluntarios y de escasa duración; así Venezuela atrajo médicos, profesores e investigadores médicos de otros países de América; es frecuente el pasaje entre países americanos con fronteras comunes de un país al otro; sin embargo, estos valores son escasos y no agravan el problema médico de América Latina.

La emigración a otros países de Europa o Asia tienen también menor significación ; no obstante hacia Israel han emigrado un cierto número de médicos latinoamericanos pero este caso esporádico, y con características propias no parece tener volumen preocupar.

Debemos hacer una mención a una opinión reiteradamente publicada por el autor (21 - 22 - 23) quien sostiene que la emigración de personal altamente calificado no representa una pérdida para un país sino al contrario una ventaja siempre que los ingresos de los que quedan no se reduzcan por ello (*). No vale la pena insistir sobre una opinión tan peregrina y que fué justa y energicamente refutada cuando fue expuesta en la reunión de octubre de 1966

(*) Como pudiera pensarse que no interpreté correctamente el pensamiento del autor voy a dar la versión inglesa textual:

"from this point of view, voluntary emigration increases the self-fare of the total population if it makes the emigrants themselves better off-and it should do if they choose to migrate - and if the remaining peoples's income are not reduced" y luego: "Economic theories establishes a very strong presumption that emigrante, training or not, do not affect the well' being of the remaining population" (23) pag. 1421

3.6 De todo lo expuesto surgen con claridad una serie de conclusiones:

- 1° El número de médicos que anualmente migra de diferentes países de América Latina para establecerse definitivamente en EE.UU. aunque no conocido con precisión, está dentro de cantidades que representan una grave pérdida de material humano altamente calificado.
- 2° Que esa migración significa, para algunos países, pérdidas irreparables que se ponderan más precisamente al proyectarlas sobre el fondo del número de graduados en el país, y de las necesidades del mismo en número de médicos; además, en algunos de esos países el incremento de la población crece más rápidamente que el del número de médicos con lo cual el problema se agrava con el transcurso del tiempo. Parece probable que el número de graduados de algunos países es insuficiente para cubrir las bajas producidas por muerte, retiro y emigración, y acompañar el crecimiento vegetativo de la población. Transcribimos las juiciosas palabras del Dr. Horwitz: "Sin embargo, me parece a mí que el desconocimiento en la América Latina es muy grande: no nos oí-
"videmos que son muy pocos los países que tienen un censo de mé-
"dicos y yo no creo que haya un país que tenga una tabla de vida
"de la expectativa del profesional, ni que sepa en realidad cuán-
"tos médicos ingresan por períodos del ejercicio activo de la pro-
"fesión, cuántos se retiran de ella. Y hay algunos países en que
"ni siquiera se están produciendo los médicos necesarios para
"reemplazar a los que fallecen". (24) Se comprende que en esas condiciones cualquier intento de mejorar el nivel sanitario, lo que inevitablemente reclama mayor número de médicos, sea practi-
camente irrealizable. (*)
- 3° Que es una migración en que predominan los médicos jóvenes.
- 4° Que es una migración que dentro de la profesión médica, la constituyen valores calificados que han pasado el ECFMGE y en muchos casos el examen de licencia estatal.
- 5° Que es una migración que dentro de la profesión médica presenta un porcentaje elevado de personas con interés y capacidad para la investigación científica y la docencia.

(*) Se ha calculado que Chile tendrá un deficit de dos mil médicos para 1970 (25) y un especialista en Salud Pública, el Dr. Pürcellas, (26) reclama 4,200 médicos para la reorganización de la Salud Pública en el Uruguay, donde hay en la actualidad 2,700 médicos en actividad.

6° Que tambien psicológicamente presenta algunas características selectivas, como ser intrepidez, deseo de progreso, ánimo de entrar en lucha competitiva, etc.

7° Que es una migración tambien selectiva en el aspecto negativo ya que no se extiende la visa a quienes ofrecen taras orgánicas o psíquicas.

4.- CAUSAS.

Las causas de este movimiento migratorio de los médicos son idénticas que para el resto del personal científico, técnicos, investigadores y en general, personal altamente especializado y han sido si no analizadas exhaustivamente, al menos enumeradas bastante completamente. (27 y 28).

Puede admitirse, un poco esquemáticamente, que hay fuerzas de atracción de parte de los EE.UU. y fuerzas de repulsión por los países latinoamericanos . En realidad ambos son signos contrarios de la misma fuerza; Los EE.UU. atraen porque tienen muchas de las condiciones de trabajo y de ambientación de vida que no existen, o que existen en un nivel inferior, en los países latinoamericanos.

No es necesario hacer una afirmación tan obvia como la de que , si no fuera para buscar horizontes mejores nadie o casi nadie, se mudaría del lugar en que nació, se educó y tiene su hogar, su familia y su ambiente cultural. Tampoco una ligera o azarosa mejora impele a la migración sino que se requiere la esperanza de un cambio fundamental . En este cambio están incluidas:

4.1 Mejoras económicas personales.- Mejor nivel económico personal y familiar: es decir contar con un "standard" de vida más elevado que se expresa entre otras cosas por :

- a) casa propia.
- b) automovil y facilidad para cambiarlo por un modelo más moderno con razonable frecuencia
- c) salario lo suficientemente elevado para permitir el nivel satisfactorio de la clase media alta, con vacaciones anuales familiares y la posibilidad de algún viaje de estudio y/o turístico de cierta extensión cada pocos años.
- d) seguridad social por enfermedad, incapacidad, retiro, etc.

- e) posibilidad de un alto nivel de educación y de porvenir de trabajo para los hijos.
- f) confort e higiene del tipo de vida moderna.

Es interesante destacar que el nivel "mayores remuneraciones" como razón de la emigración solamente apareció en el 24% de la encuesta de Gutierrez Olivo y Riquelme, en cambio el móvil de encontrar mejores condiciones de trabajo (de diverso orden) alcanzó el 58%. Asimismo, en una encuesta hecha en Panamá (29) se pudo comprobar que el deseo de ir a estudiar al extranjero era expresado con mayor frecuencia entre los estudiantes de más elevado status económico-social; los más pobres parecían satisfechos con la enseñanza que habrían de recibir en su propio país.

4.2 Mejores condiciones generales de trabajo— La práctica médica en ambientes pobres faltos de los elementos más indispensables para asegurar una asistencia moderna, sin el equipo médico más o menos completo, conducen inevitablemente a la rutina y la frustración. Facilmente, quienes tienen una buena preparación científica general y ambición de estudios y progreso temen ver su esfuerzo malogrado al ser imposible la aplicación de sus conocimientos, antes de verse reducidos a una práctica rutinaria emigran hacia los mejores ambientes. por eso entre las causas importantes de migración debemos mencionar:

- a) Carencia del equipo indispensable para desarrollar la especialidad elejida; este aspecto actúa con especial vigor en el caso de los investigadores científicos.
- b) Falta de ambiente psicológico, social y moral que preste estímulo a ciertas formas del trabajo médico. Esta carencia se nota principalmente en el caso de la investigación científica médica.

En muchos países latinoamericanos la investigación científica es considerada como un agradable adorno social, patrimonio de algunos vocacionales algo excéntricos que la realizan como un "hobby" además de su actividad normal y de los que se habla con admiración y hasta con aprecio. Pero es raro que se la entienda como una actividad natural, que debe tener su reconocimiento social, constuyendo una forma regular de vida que garantice un nivel económico y social razonable. No es facil convencer a algunos gobernantes, y a veces incluso a algunos dirigentes universitarios, de la conveniencia y la necesidad de mantener un decoroso nivel de vida, y darle los equipos que necesitan a un grupo de personas que realizan una tarea que, en apariencia, no tiene ninguna inmediata consecuencia social. Es más frecuente que recompensen una labor ya cumplida y exitosa asegurándole pre-

mios, pensiones e incluso construyendo laboratorios a veces des cabelladamente monumentales, para quienes han realizado ya una obra; pero es mucho más difícil obtener ayuda y reconocimiento cuando esa obra está en trance de realizarse, que es cuando más la necesita. La seguridad de encontrar un lugar de trabajo en investigación en los EE.UU. con sueldo, ambiente acogedor, reconocimiento social, equipo, bibliotecas y personas con quienes conversar de sus problemas, es una fuerza poderosa de atracción.

Esto lo ha explicado muy graficamente la delegada de Hong Kong (Carolina Augusta Braga) al "9th Annual Conference on Medical Education" (30) " Uno de los aspectos impresionantes de la medicina, como de todo lo demás en este país (los "EE.UU.), es la existencia de recursos y facilidades casi ilimitadas para el trabajo de investigación. Para nosotros es como "habernos hecho probar el gusto de un pastel luego de estar habiéndose habituados al arroz y al pan. Alguno de los miembros del grupo están "ahora preocupados de que , cuando volvamos a nuestro país, no podamos comprar pastel".

- c) Aspiración a un nivel cultural general más elevado que el que se posee en su propio país de modo que se pueda gozar de los placeres de la buena música en conciertos regulares y de primera clase, del buen teatro, de exposiciones y de grandes museos de arte, de bibliotecas completísimas, de excelentes universidades y de centros de elevada cultura.

- 4.3 Condiciones políticas y sociales adversas.- En repetidas ocasiones, en diversos países de latinoamérica, los cambios políticos por golpes de Estado, revoluciones, etc. han producido condiciones ambientales adversas y persecuciones de diversa índole que han obligado a un número variable de médicos, científicos e investigadores, a abandonar el país; con frecuencia la meta ha sido los EE.UU. Tal fué lo que pasó en Alemania durante el período de Hitler y en España en los años que siguieron a la guerra civil. tal es lo que pasó en Cuba luego de la revolución, en Brasil luego del golpe militar y en la Argentina durante la época de Perón así como a consecuencia del actual Gobierno militar y su ataque a las Universidades.

La posibilidad de trabajar en un ambiente de estabilidad política y social, sin los azares de la siempre amenazante persecución política para quienes no comparten las orientaciones políticas y sociales del Gobierno, es así mismo un imán de atracción de los EE.UU.

- 4.4 La atracción "intencional" y "no intencional" de los EE.UU.- En los últimos años se ha multiplicado el número de becas para que jóvenes médicos vayan a perfeccionarse a los EE.UU.; nada puede ser más plausible y las autoridades universitarias y de salud pública deben estimular que los jóvenes médicos ambiciosos estudiosos y capaces, vayan a hacer trabajos o cursos de post-grado a los EE.UU., por plazos que esquemáticamente se pueden limitar como no menores que un año y no mayores de dos años. Hay que propender por todos los medios que esta práctica (a) se mantenga, (b) se amplie y (c) no se limite a los EE.UU. Pero el caso es que luego de permanencia en hospitales y laboratorios de primera clase, acostumbrados a trabajar en condiciones óptimas; habiéndose sentido un elemento importante y responsable de un equipo médico o quirúrgico; y muchas veces habiendo adquirido y dominado una técnica refinada y difícil, deben afrontar, al regreso, la falta de ambiente, la imposibilidad de integrarse a un equipo, la carencia de material bibliográfico y muchas veces la imposibilidad de practicar esa misma técnica, difícil e importante, para cuyo aprendizaje usufructuó de la beca. Al contrario, deben resignarse a practicar una medicina todavía individualista, de médico de familia, para lo cual están mal preparados, o bien a trabajar en hospitales "de caridad", siempre tremendamente super-poblados, funcionando en locales inadecuados cuando no ruinosos, con equipos insuficientes, carentes en ocasiones hasta de medicinas imprescindibles de uso diario y percibiendo remuneraciones a veces casi nominales. Si a esto aumentamos que adquirió amistades ya nudó nuevas relaciones; que quizá se hizo novio o se caso con una chica americana, que aprendió el inglés para hablarlo con fluencia y que tal vez se ganó la estimación de sus superiores que procurán con ofertas tentadoras, retenerlo como colaborador no hay duda que este joven tiene muchas probabilidades de quedarse definitivamente en los EE.UU.

La televisión ha popularizado (bien que artificialmente aureolados) el tipo de trabajo y el ambiente en que este se desarrolla, del residente americano en Ben Cassey o el Dr. Kildare y su comparación con el ejercicio médico en los hospitales de muchos países de América basta para explicar que, quien no tenga otras motivaciones, prefiera quedarse a volver.

Algunas becas americanas y algunos tipos de visa de "exchange" obligan a salir del país luego de un período prefijado y no permiten reingresar hasta pasado un plazo de 2 años. Además el NIH adjudica un pequeño "grant" a todos sus becarios para ayudarlos al regreso, al menos en la iniciación de sus investigaciones. No cabe duda que ambas medidas son sabias y bien inspiradas; sin embargo son de reducida eficacia porque con frecuencia se burla la primera haciendo una estadía en Canadá, P. ej., o consiguiendo la transformación del tipo de visa y por que la suma otorgada al regreso es insuficiente en sí, aunque sería muy útil acompañada con otras que agregase la Universidad o el Gobierno del país interesado.

Pero los Estados Unidos tienen, a pesar de su 15.4 médicos por 10,000 habitantes, una notable carencia de medicos y buscan atraerlos de todas partes del mundo. Las escuelas de medicina latinoamericanas reciben anualmente listas de internados y residencias vacantes que se ofrecen en diversos hospitales estado unidenses, para médicos extranjeros (supongo que no será solamente para latinoamericanos). Este documento es distribuido por una poderosa compañía de aviación y en él puede leerse el número de cargos de interno o residente que se ofrecen en cada hospital, su paga, las condiciones de trabajo y en algunos de ellos hasta se adelanta el importe del pasaje. (*). Este es naturalmente un intento de conseguir mano de obra calificada (ya que se exige en todos los casos aprobar el ECFMGE) que supla las vacantes existentes por la insuficiente producción de médicos por las Facultades Norte Americanas. En definitiva aprovechan el trabajo de médicos cuya preparación ha sido costeadada por países latinoamericanos a cambio de oportunidades de perfeccionamiento y especialización. Esto no sería demasiado grave si no fuera que, muchos de ellos, por las razones que ya hemos expresado, se radicarán definitivamente en los EE.UU.

5.- MEDIDAS A TOMAR.

Empecemos por decir que no hay ninguna receta mágica que pueda aplicarse a resolver este importante problema. Hay sí, una serie de medidas de diferente índole que deben ser tomadas de inmediato y que, a largo plazo, digamos de 10 a 15 años, puedan llegar a reducir el problema a límites que no hagan peligrar el estado sanitario y el desarrollo cultural y económico de Latinoamérica. Somos optimistas en la medida en que es este un problema de relaciones humanas y que puede y debe ser resuelto por la voluntad del hombre, ya que esta dentro de sus posibilidades hacerlo.

(*) En este mes se ha hecho llegar a la Facultad de Medicina de Montevideo un Telex que dice:

"DRS./NURSES EXCH PROG FOLLOWING HOSPITALS HAVE OPENINGS COMMENCING JUL 1/67 STOP ALL RPT ALL DRS. MUST HAVE PASSED ECFMG EDUCATIONAL COUNCIL FOREING MEDICAL GRADUATES EXAM IN ORDER TO CUALIFIED STOP. DRS. FWD APPLICATIONS WITH PHOTO AND RESUMES DIRECT TO HOSPITAL STOP"

Y sigue una lista de 43 hospitales que ofrecen posiciones de internos, residentes, nurses o tecnicos de laboratorio. se establece el sueldo y demás beneficios (full maintenance/laundry/room) informes, etc. y en algunos casos una suma (Hasta \$ 200.00 dolares) para pasaje. El número de cargos de médicos ofrecidos en ese sólo comunicado sobrepasa los 322 (algunos dicen "several vacancies").

- 5.1 Lo que no debe hacerse.- Una primer recomendación negativa; no debe tomarse ninguna medida restrictiva que impida, obstaculice, limite, ponga trabas o dificultades en cualquier forma, el viaje de jóvenes médicos, técnicos o científicos a los EE.UU. o cualquier otro país, con fines de estudio, perfeccionamiento, especialización en cursos de post-grado, entrenamiento en investigaciones, concurrencia a reuniones internacionales o cualquier otro propósito que sea para mejorar el nivel intelectual y técnico.

Al contrario, y aunque parezca paradójal es así y lo demostraremos más adelante, es necesario estimular este tipo de viajes multiplicando sus oportunidades, dando las mayores facilidades, ayudando en todo lo posible para que esos viajes se realicen. Como un ideal podríamos aspirar a que todo médico joven y, con mucha más razón todo aquel convocación para la docencia y la investigación científica, y, desde luego, todos los que aspiren a capacitarse en una especialización poco desarrollada en su país deben hacer su viaje al extranjero. Y cualquier medida restrictiva en este sentido no hará más que agravar, a la larga, el problema. Nos parece de la mayor importancia estimular lo más posible que los becarios vayan cuantas veces sea posible a otros países latinoamericanos. Con frecuencia, hay jóvenes que solicitan becas para perfeccionamiento o entrenamiento científico en los EE.UU. para disciplinas que se hayan perfectamente desarrolladas en otros países americanos. En ese sentido algunas organizaciones internacionales han clasificado centros de entrenamiento para ciertas disciplinas dentro de Latinoamérica. Esto ha sido un paso importante pero es necesario ampliarla y extenderlo al máximo. Las agencias gubernamentales responsables, los Consejos de Investigaciones Científicas y Técnicas, las Universidades deben incrementar el número de sus becas para otros países latinoamericanos y para otros países que no sean los EE.UU. Naturalmente que esto no debe ser una imposición limitativa sino un aumento del número de oportunidades para desarrollarse científicamente en otros lugares de EE.UU.

¿Pero que podemos hacer de positivo?

- 5.2 Mejorar las condiciones de trabajo médico.- Elevar el nivel económico y las condiciones de trabajo médico en los países latinoamericanos para que sus profesionales no sientan la voluntad de emigrar. Para esto se requiere mayor cantidad de médicos en diversas disciplinas y en consecuencia mayor número de escuelas de medicina. Si advertimos que los países más castigados por la emigración de médicos tienen (con la excepción de la Argentina en que otros factores actúan) entre 1 y 6 médicos por 10,000 habitantes, comprendemos de inmediato que esos países deben tomar las medidas necesarias para en un plazo digamos de 15 años, acrecentar substancialmente el número de sus médicos. La creación de nuevas y mejores escuelas de medicina

se impone y esto trae como consecuencia un aumento del número de oportunidades para los médicos y un incremento general del nivel cultural médico.

Reorganizar básicamente la salud pública mediante la construcción de nuevos hospitales y centros de salud modernos, bien dotados de todo lo necesario, juiciosamente distribuidos en función de la densidad demográfica. También así se abrirán perspectivas para los médicos y demás técnicos de la salud y se cumplirá con un deber ineludible de todo estado moderno (por otra parte claramente establecido en la Carta de Punta del Este).(31)

En esta reorganización de la salud pública no puede faltar como es natural, intensas campañas de profilaxis, de vacunación de mejoramiento de las condiciones de vida, (habitación y alimentación) en las cuales el estadista debe contar con la colaboración del economista, del médico, del especialista en salud pública, del educador, del demógrafo, del sociólogo. Es una tarea difícil y costosa pero que no permite dilación. El dinero que en ella se emplee será el que más productivo resulte a la postre, por que asegurará una población sana, feliz y eficiente en el trabajo.

Esta actividad tiene que ir acompañada de una intensa campaña de alfabetización y mejoramiento cultural; poco puede hacer el adelanto médico cuando el pueblo no está capacitado para aprender someterse y aplicar los principios de la medicina y la profilaxis modernas. En parte compartimos la opinión de Mr. Robert Macnamara, Secretario de Defensa de los Estados Unidos, cuando dijo que la ventaja de los EE.UU. llevaban a los países de Europa por la cual se producía el "Brain drain" era la Educación. Es un hecho de raíz económica pero también en gran parte educacional, el mencionado por Macnamara de que, solamente el 10% de jóvenes en edad seguían enseñanza superior en Gran Bretaña, 7% en Alemania, 7% en Italia y 14% en Francia, en tanto que ese porcentaje alcanzaba al 40% en los EE.UU. "Antes de quejarse porque se llevan los talentos hay que darle oportunidades a esos talentos para que permanezcan en su país de origen". (32)

- 5.3 Estimular la investigación científica.-Para muchos estadistas y personas cultas de estos países la investigación científica es una actividad ornamental que puede comprenderse como una actividad complementaria de una profesión, p.ej., comprenden que un médico, como complemento de su tarea específica, realice alguna labor de investigación y publique algún trabajo; eso da prestigio y por reflejo repercute favorablemente en su actividad profesional como médico. Pero raramente aceptan que la investigación científica, acompañada o no por la docencia superior sea una actividad exclusiva, como profesión en sí misma, que debe merecer por lo menos igual nivel de

atención administrativa y presupuestal que la de un cirujano de hospital o de un dentista para los escolares. La actividad de investigador científico ha dejado de ser un aventura de iluminados quijotes (o que todavía sobreviva alguno y es bueno que así sea) para alcanzar el "status" social de cualquier actividad burocrática importante. Ser aviador, hace no más de 50 años, era una aventura de temerarios que unos pocos realizaban vocacionalmente y a costa de su propio peculio hoy es una profesión regular debidamente incorporada a la vida social que exige un entrenamiento y un certificado de haberlo obtenido y de cuya práctica se puede vivir y mantener una familia. Una evolución similar ha sufrido en los países evolucionados el ser investigador científico.

Como pasos concretos de estímulo diríamos que es muy importante la Creación de Consejos Nacionales de Investigaciones científicas y Técnicas que deben estar generosamente dotados (*) como para que puedan ayudar a investigadores a trabajar y a viajar al extranjero. Porque una de las formas que estos países pueden progresar más rápidamente es enviando becados y que vuelvan y para que vuelvan sólo hace falta que encuentren un ambiente en que puedan realizar la labor que les interesa. El Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas deberá organizar la carrera del investigador y deberá asegurar posiciones y medios de trabajo a los becados que regresan con lo cual se dará también un impulso importante al desarrollo científico. En la Argentina el Consejo Nacional de Investigaciones científicas y Técnicas realizó una importante campaña de recuperación de científicos emigrados, asegurándoles posiciones, medios de trabajo y ayuda; nos tememos que haya sido interrumpida por el golpe militar.

Las Universidades y los hospitales deben ser centros de investigación científica para lo cual el personal docente será con dedicación exclusiva y se tendrá un presupuesto adecuado que permita la adquisición de equipos modernos y de material bibliográfico que debe estar debidamente catalogado y clasificado, es decir que las bibliotecas no deben ser montones de libros sino una organización de técnicos prontos para servir al estudioso.

Otro paso importante es la creación de Institutos de investigación y enseñanza superior y de entrenamiento de postgrado comunes a varios países latinoamericanos. Estos centros otorgarían, a los estudiantes que hubieran alcanzado un nivel científico

(*) Se ha calculado por la OEA que los países desarrollados invierten el 2% de su producto nacional bruto para investigación científica. América Latina en conjunto (hay diferencias entre distintos países) invierte solamente en 0.08%. (33)

adecuado un diploma que tendría validez automática para todos los países de América Latina, o al menos para aquellos que participen en el funcionamiento del centro.

Debe irse a la liberación progresiva pero continua y firme, de las vallas fronterizas para el ejercicio y la enseñanza de la medicina. Podría empezarse por hacerse llamados amplios en todos los países de América Latina, para llenar las vacantes que quedaran en el cuerpo docente de las escuelas medicas. Una etapa inmediata, que habrá que cumplir necesariamente, será el reconocimiento y la revalidación del título de médico de las escuelas de cualquier país latinoamericano para ejercer en otro. Esto crearía un estímulo importante y tendería a facilitar los graves problemas de salud pública que afectan a estos países.

Pero se me podrá decir que Gran Bretaña, Alemania, Bélgica, Francia han alcanzado este tipo de organización y, sin embargo, también de ellos emigran numerosos científicos y técnicos. Es cierto; pero si analizamos con atención vemos que estos países, acuciados por los estragos de la guerra y empeñados en un esfuerzo económico en otras direcciones, en general hacia la defensa, han descuidado durante algunos años a sus investigadores y técnicos, al menos en algunas disciplinas y se estableció así un desnivel económico con los EE.UU. que arrastra a los científicos a este último país.

Ciertas de las soluciones que sugerimos para el problema pueden parecer, a primera vista, alejadas del mismo; sin embargo, en problemas que afectan compleja organización social, a veces la solución más rápida y eficaz viene por un camino indirecto. Recordemos la cita que hace Viel (34) de aquel higienista que, consultado sobre la mejor medida a tomar para disminuir la mortalidad de un país respondió: construir caminos. Así también la solución del problema emigratorio médico tiene que venir a través del mejoramiento general del país.

Y el único recurso es ese, es decir poner toda nuestra energía hacia mejorar nuestra salud pública, nuestras universidades, nuestra educación básica, las condiciones generales de alimentación y alojamiento de nuestros pueblos y la integración latinoamericana en el campo de la salud y la educación. Con ello, y solamente con ello, podremos resolver el problema que nos preocupa y evitar el deterioro que una atención insuficiente de la salud pública causa inevitablemente en el desarrollo general de los países de América Latina.

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- GOLLIN, A.E. (Editor) - The International Emigration of Talent and Skills. Proseeding of a Workshop and Conference sponsored by "The Council of International Educational and Cultural Affers of the U.S. Government". October 1966
- 2.- Migration of health personel, scientists and engineers from Latin America. Report prepared by the PAMO sub-committee on Migration for the PAMO Committee on Medical Research. Scientific Publication No.142.September 1966. PAN AMERICAN Health Organization.
- 3.- Informe final de la Conferencia sobre la Aplicación de la Ciencia y la Tecnología al desarrollo de América Latina organizada por la UNESCO en cooperación con la Comisión Económica para América Latina. Santiago de Chile 13-22 Septiembre de 1965. En especial pag.30.
- 4.- HOROWITZ, M.A. - La emigración de profesionales y técnicos de la Argentina. Instituto Torcuato di Tella 1962.
- 5.- GUTIERREZ OLIVOS, S.& RIQUELME PEREZ, J.- La emigración de recursos humanos de alto nivel y el caso de Chile. Washington D.C. Unión Panamericana 1965.
- 6.- HOUSSAY, B.A. - La emigración de científicos, profesionales y técnicos de la Argentina. Ciencia Interamericana 7; 1966
- 7.- GIORGI, L. - La pérdida de personal científico y de ingenieros en América Latina por migración hacia países más adelantados: magnitud, carácter y causas. En (3) pag.180-198
- 8.- SOARES, G.A.D. & SOARES, M.S..de - La fuga de los intelectuales. Aportes N°2. Octubre 1966. Pag.53-66
- 9.- ZIMMERMANN, L.J. - Países pobres, países ricos. Edit.SigloXXI. México. 1966 pag.146 y sig.
- 10.- Véase (8; pag.66).
- 11.- Exodo;
37; y partieron los hijos de Israel de Ramoses a Succoth como 600,000 hombres de a pié, sin contar los niños.
38; Y también subió con ellos grande multitud de diversa suerte de gentes; y ovejas y ganados muy muchos.

- 12.- SAUVY, A. - La población. EUDEBA. 1960 pag.5
- 13.- MARGULIS, M. - Sociología de las migraciones. Aportes N°3.
Enero 1967. Pag.5
- 14.- Véase (2); pag.6
- 15.- Véase (2); pag.16
- 16.- Las condiciones de Salud en las Américas 1961 - 1964.
Organización Panamericana de la Salud. Agosto de 1966.Pag.124
- 17.- Science. Medical School Faculties. 155; 1653; 1967
- 18.- Véase (5); pag.26
- 19.- Véase (2); pag.17
- 20.- Véase (8); pag.62
- 21.- GRUBEL, H.G. - a) Véase (1) pag.14-19; et pasim.
- 22.- ----- b) Non returning foreing students and the cost
of student exchange. Exchange. Spring 1966;
pag.20-29.
- 23.- ----- c) The Brain Drain; a U.S. dilemma.
Science. 154; 1420-1424; 1966.
- 24.- HORTWITZ, A. - Discurso en "Medicina y Desarrollo Social".
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 1964.
pág.23.
- 25.- Véase (5); pág. 5.
- 26.- En "El Día" de Montevideo del 25 de Mayo de 1967.
- 27.- Véase (2); pág. 36 y sig.
- 28.- Véase (3); pág. 30
- 29.- Véase (8); pág. 57
- 30.- Ninth Annual Conference on Medical Education for Foreign
Scholars om the Medical Science. June 13 to 16 - 1965.
University of Virginia. Report by Carolina Augusta Braga.

31.- CARTA DE PUNTA DEL ESTE. Capítulo 1.

d) Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:

- 1) Determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión.
- 2) Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y
- 3) Ampliar o crear los centros educativos necesarios.

e) Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades.

32.- MACNAMARA, T. - Discurso en Milsaps College; Jackson, Mis. Febrero 24 de 1967. Ver Nature Marzo 4 de 1967; pág.853.

33.- Véase (5); pág. 3.

34.- VIEL, B. - La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile. Ediciones de la Universidad de Chile. Santiago 1961.

DISCUSION. DE LA PRIMERA MESA REDONDA.

Moderador: Dr. Jorge Campos R. de C. (Perú) : Deseo en primer lugar felicitar a los ponentes de esta primera mesa redonda, Dr. Ramón Villareal y Dr. Washington Buño, y hacer extensiva esta felicitación al Dr. Marcelo Viñar, quien nos ha presentado el trabajo del Dr. W. Buño que desgraciadamente, por dificultades surgidas a último momento, no ha podido acompañarnos. Estas ponencias coinciden en muchos puntos y se complementan entre sí; creo que constituyen una excelente introducción al tema.

Con el propósito de facilitar la discusión quisiera sugerir un procedimiento: toda persona que desee hacer un comentario o expresar sus propias ideas al respecto, puede hacerlo después de haber solicitado la palabra y que esta le haya sido otorgada; las personas que quieran hacer preguntas agradeceré que las hagan por escrito a la mesa, para que luego los ponentes pasen a responderlas.

Se ofrece pues la palabra a los miembros de la Conferencia para comentarios al tema: "El Problema de migración de médicos de latinoamérica al extranjero".

Dr. Moisés Polack (Argentina) : Yo creo que hemos escuchado dos conceptuosos estudios del problema de la migración, que han analizado con criterio objetivo la situación actual de la migración de cerebros de nuestros países mucho más desarrollados y que han sugerido algunas soluciones al mismo. Tengo sin embargo la impresión que en esta conversación y en esta discusión libre podrán señalarse algunos hechos adicionales que podrán contribuir a dar solución a este problema con nuevas recomendaciones.

En el informe del Dr. Villareal, se ha hecho un análisis de los factores que estimulan la migración de médicos de América Latina y al mismo tiempo ha señalado los que inhiben esa migración. Yo creo, que la contestación del grupo de miembros consultados que no aceptan la migración de América Latina, en el parágrafo en que se habla de patriotismo y de las obligaciones para con su propio país y la sociedad en la que se han formado, hay una contestación que es lógica y que por no figurar en la de aquellos que aceptan la migración está rotulando una de las actitudes que se vive en el momento actual en los países latinoamericanos. Todas las razones que dan los que se van se entienden perfectamente bien, pero falta justamente aquella que uno no se anima a decir y es la del poco interés, del poco cariño, el poco patriotismo y el poco deseo de luchar para mejorar las condiciones de nuestros países que nos coloca en una situación de subdesarrollo, tal como las malas condiciones económicas en las que se trabaja, los laboratorios o los hospitales en deficientes condiciones; en cambio los profesionales que se van de nuestros países a Estados Unidos o a países muy desarrollados encuentran magníficos laboratorios, magníficos institutos que fueron el resultado de trabajo intenso de los habitantes de esos respectivos países durante muchos años. Este mismo trabajo es el que nosotros planteamos como necesario para ser realizado por los hombres que habitan en nuestro continente, es decir nuestra juventud; nuestros hombres deben también sacrificarse de manera tal como para ofrecer en estos países condiciones de trabajo cómodo, útiles, etc. Se puede decir, que

siempre hubo migraciones de un país a otro, pero no nos olvidemos que las migraciones de Europa a nuestros países fueron de hombres que vinieron a construir nuestros países y los que se van a los países muy desarrollados son de hombres que van a aprovechar las condiciones en que otros hombres construyeron en aquellos países. En otras palabras, que es lo que falta para que en nuestros países la gente no se vaya a países más desarrollados?; falta una serie de condiciones que permiten el libre desarrollo de las inquietudes científicas y de investigación que tienen nuestros hijos, pero para que esas condiciones existan no podemos esperar que vengan desde afuera a colocarnos en perfectas condiciones; si todos aquellos que están en condiciones de hacerlo se marchan, entonces indirectamente los que se van están contribuyendo a mantenernos subdesarrollados. Evidentemente hay super-estructuras que tienen enorme interés en mantener a los países latinoamericanos en condiciones de subdesarrollo; tan es así, que hasta se ha señalado una organización que tiene su sede en Londres que está dedicada a hacer propaganda en todos los países de desarrollo mediano y subdesarrollados, ofreciendo a los científicos las condiciones necesarias para que vayan a trabajar a Estados Unidos, dándoles contratos especialmente preparados con los organismos de defensa y con la NASA; son los que atraen más científicos y técnicos de los países semi-industrializados y los subdesarrollados.

Entonces, que es lo que tenemos que hacer para dar solución a este problema? Vamos a seguir siempre diciendo que las condiciones de nuestros países no son lo suficientemente buenas y cómodas para que nuestros hombres puedan trabajar en ellas? O vamos a tener que ir educando paulatinamente a través de nuestras respectivas universidades a los jóvenes que acuden a la misma para que entiendan que ellos pertenecen a una generación de sacrificio y la que viene también de sacrificio, para poner a nuestros países en condiciones de trabajo noble, perfecto y bien desarrollado?

Si nosotros nos mantenemos en la posición que las condiciones no son cómodas como para que nuestros hombres trabajen en ella y por eso se justifica la salida de los técnicos hacia el extranjero pues esto va a seguir repitiéndose durante años. Entonces de estas reuniones tienen que salir conclusiones que nos permitan plantear los aumentos de presupuestos educacionales, disminuyendo algunos otros presupuestos parásitos, de las diferentes repúblicas latinoamericanas. Al plantear estas situaciones indirectamente contribuiremos a la mejor solución de este problema. No me quiero extender sobre la cuestión porque sería muy largo, pero creo que este aspecto debe también ser discutido en esta reunión.

Dr. José Gomenzolo (Uruguay) : Complementando las expresiones del Dr. Polack, creo que podríamos respecto a soluciones, establecer tres capítulos: 1º) Los presupuestos universitarios. Aquí en Lima me he encontrado con un panorama muy similar al que tenemos actualmente en Uruguay; creo que esta Conferencia de Facultades Latinoamericanas debe hacer una declaración reclamando que los poderes públicos de los diferentes países de latinoamérica provean a las Universidades Estatales de los recursos necesarios para su buen desenvolvimiento. En este año la Universidad de Uruguay tiene un presupuesto de 1,200 millones de pesos, el año que viene, de acuerdo a los índi-

ces de encarecimiento que son allí realmente pavorosos, se calcula que debe ser de 2,900 millones y el gobierno nos ofrece sólo 2,450 millones de manera que para 1968 no dispondremos ni del mínimo necesario; solamente podremos subsistir y apenas con las mínimas cantidades necesarias.

2°) De acuerdo a lo que ha planteado aquí el Dr. Polack, en cierta manera el asunto que tratamos es un problema de salario médico y difícilmente las facultades de medicina pueden resolverlo; de eso tienen que encargarse las sociedades gremiales de lucha de los diferentes países.

3°) Los aspectos de investigación científica; en el informe que presenta el profesor Buño no trata ese punto, pero si lo dice el Dr. Villareal. Creo que en este momento la corriente actual más eficaz que se pueda sostener es la creación de centros nacionales para la investigación científica, en los distintos países de latinoamérica. Es imposible que tengamos microscopio electrónico en todos los países de latinoamérica y en todas las facultades de medicina, que son 122; que existan laboratorios de todo y para todo en las 122 facultades, etc.

Este punto, que se trató en el reciente Congreso de Neurocirugía que se realizó aquí en Lima y que terminó anoche, en su segundo tema que era el de la enseñanza de la neurocirugía, el profesor Paglioni de la Universidad de Porto Alegre dijo que es preciso hacer una evaluación de lo que denomina excelencias de servicio; es decir si la Facultad de Medicina de La Plata tiene un magnífico laboratorio para histología e histopatología y la Facultad de Medicina de Chile lo tiene para estudios de neurocirugía, etc., una comisión que podría ser en realidad esta propia unión de Facultades Latinoamericanas, podría evaluar como están las distintas Facultades, de que dispone y de que no dispone cada una de ellas y tratar entonces de determinar un desarrollo y un perfeccionamiento de los laboratorios que ya están en buena marcha para crear centros regionales tratando entonces de estimular el traslado dentro de América Latina de las personas que deseen perfeccionarse en las determinadas ramas, tal como lo sostienen los Dres. Villareal y Buño en sus respectivos informes.

Dr. Rubén Ríos (Perú) : Con el debido respeto que me merecen los aquí presentes, quiero plantear un punto de vista indudablemente muy personal y por consiguiente bastante psicológico, ya que la psiquiatría es mi especialidad. Me parece que de los temas brillantemente presentados por los ponentes podemos concluir que de una parte existen una serie de estimulaciones por parte de países desarrollados y una serie de deficiencias por parte de los países subdesarrollados, que en este campo no pueden competir con los países desarrollados ofreciendo situaciones parecidas a las que puedan dar los países desarrollados que tienen todos los materiales disponibles. Me parece, acentuando lo que acaba de decir el Dr. Polack, de que tal vez un cambio en ciertos aspectos de la docencia puedan permitir una recuperación de estos elementos. Ha sido en parte descuidada la formación de la personalidad del estudiante; si un estudiante es incapaz de escuchar el llamado de su pueblo y de su grupo social a su realidad ambiental y es capaz de renunciar a estos elementos altruistas prefiriendo su situación personal, es señal que este muchacho está mal formado y que la Universidad, si bien es cierto que debe proveer de un amplio caudal de conocimientos, es también cierto, y tal vez más importante, que debe formar personas, formar seres hu

manos, que sean sensibles a su ambiente, que se conmueven de sus problemas, que luchen por ellos. Sabemos muy bien que, como decía hace un momento, en cuanto a los elementos materiales no podemos competir, por que ninguno de nuestros países puede competir, por ejemplo con la potencialidad de Estados Unidos, pero si nosotros podemos despertar una mística nacional y podemos despertar en el alumno una serie de sentimientos de responsabilidad hacia su propio pueblo, entonces yo creo que podremos fijar estos elementos valiosos que emigran actualmente; de otro modo pienso que la situación vá a ir agravándose en forma paulatina y cada vez los países desarrollados tendrán mejores posibilidades y mejores elementos y los países subdesarrollados cada vez estaremos sin voluntad. Muchas gracias.

Dr. Sergio Novello (México) : En primer lugar deseo felicitar no solo a los autores de las ponencias oficiales sino a los comentaristas que nos han presentado un panorama lleno de verdades, algunas de ellas muy absolutas y otras demasiado relativas; tal parece que nos están presentando un panorama de que son los países subdesarrollados de la América Latina los que están sufriendo la mayor exfoliación de valores intelectuales hacia los países desarrollados. Quizás valdría la pena recordar que existen algunos grandes países que alcanzan los índices más grandes de desarrollo, a juicio de los economistas en varios continentes, especialmente en el continente europeo, cuyas cifras absolutas y relativas de migración de intelectuales y de exfoliación de técnicos y profesionales hacia otros países superan en muchos tantos las cifras que se han dado para la América Latina. Las cifras que se han dado de emigración de médicos no solo es un problema de nuestros países, es un problema de muchos otros países de otros continentes.

En especial me ha parecido extraordinariamente acertados y veraces los comentarios del Dr. Polack y del Dr. Rios; hemos oído en un caso el vehemente llamado al patriotismo, un vehemente llamado al sentido de responsabilidad y de solidaridad humana que debe escuchar todo el que tiene el privilegio de alcanzar un título profesional en nuestros países llamados subdesarrollados porque son pobres y llamados pobres porque son subdesarrollados, para que devuelvan con servicio a la colectividad el esfuerzo que la comunidad ha hecho para poderles proveer los medios para hacer una carrera universitaria. El Dr. Rios nos ha expuesto una serie de puntos de vista muy justos muy dignos de ser motivo de una meditación profunda sobre la necesidad de motivar entusiasta y adecuadamente a las juventudes de nuestros países para que conozcan y comprendan el panorama de los problemas de su colectividad; caeríamos verdaderamente en un círculo vicioso si vamos a esperar que para que el médico latinoamericano se arraige a la región de su país que mas requiere de servicio médico, a que previamente existan en ella las dotaciones de equipos técnicos para el desarrollo de una medicina científica del más alto nivel. Si vamos a enseñar medicina para que no se pueda ir a trabajar mas que donde previamente existan creados todos los elementos físicos materiales y técnicos para el desarrollo de una medicina del más alto nivel científico, en realidad creo que vamos a estar al final de este siglo o mediados del próximo y seguirán existiendo todas las zonas, que seguirán siendo llamadas subdesarrolladas, porque no han podido salir de la pobreza y no podrán salir de la pobreza mien

tras las poblaciones de esas regiones no dispongan de un mínimo de garantías de progreso social y de desarrollo económico y si la salud como hemos visto en definiciones internacionales amplísimas tiene hoy las significaciones que se le han querido dar, evidentemente o promovemos salud o no podremos promover desarrollo económico y social.

Yo me hago enteramente eco de las palabras del Dr. Polack y del Dr. Rios en que lo que debemos imbuir en nuestras juventudes de estudiantes de medicina, en que no podemos prometerles panoramas dorados y de gran optimismo en cuanto a que van a ser grandes científicos a través del desarrollo de la carrera de medicina o que van a contar con el concurso de todos los adelantos de la ciencia y la tecnología médicas actuales para ir a servir a comunidades subdesarrolladas; pero si podemos pedirles el concurso de un instrumento que es más antiguo y más perfecto que todos los que después se han inventado, el concurso del cerebro y de la voluntad de servir para buscar y atender los problemas de sus conciudadanos que tanto están necesitando de ese auxilio de los universitarios.

Dr. Alvaro Simoes (OPS-OMS) : Yo creo que un estudio de esta naturaleza no debe ser encarado exclusivamente desde el punto de vista negativo. La migración de médicos muchas veces no significa necesariamente una pérdida para nuestros países; pérdida es un recurso que no se utiliza cuando es posible utilizarlo. Pero cuando no se puede utilizar ese recurso, yo creo que debe ser aprovechado donde pueda rendir mayor beneficio a la colectividad universal. Nosotros nos quejamos muchas veces de la migración de médicos, pero yo creo que este estudio nos dá exactamente la conciencia del problema que enfrentamos, en el sentido de propiciar condiciones y facilidades para el trabajo, sea en cuanto al ejercicio profesional de la docencia o de la investigación científica. Probablemente esos médicos que viajan al extranjero a perfeccionarse y que allí destacan si hubieran permanecido en su país de origen habrían seguido como los médicos comunes que existen en nuestros propios países, porque no tienen posibilidades de perfeccionarse ni de evolucionar, o si las tienen son relativas, en comparación con otros centros más desarrollados. Es posible que después de perfeccionarse en otros países, después de haber practicado y ejercido la profesión en centros más desarrollados, se pueda considerar que podría representar una pérdida porque ya hubo la diferenciación; pero si nosotros preguntamos si ese médico no tuvo la oportunidad y la posibilidad de ir a otros países, habría tenido la posibilidad de diferenciarse de los profesionales nacionales? Creo que lo positivo que podemos sacar de aquí es seguir luchando cada vez más para elevar el nivel de la profesión en nuestros propios países, de esforzarnos a la medida de nuestras posibilidades para propiciar mejores condiciones de trabajo pero no nos podemos quejar evidentemente del éxodo o de migración cuando no estamos en condiciones de facilitar a estos profesionales las mismas facilidades que encuentran en otros países. Yo me preguntaría que facilidades dan nuestros países latinoamericanos para que un médico recibido en determinado país ejerza su profesión en otro país latinoamericano? Puede que yo sea demasiado pesimista, pero un médico que sale de un país latinoamericano para otro, se expone a una serie de dificultades pa-

ra poder ejercer su profesión; no encuentra ninguna facilidad mientras que en Estados Unidos, naturalmente bajo determinadas exigencias, los médicos tienen mayores posibilidades de radicarse allí. En nuestros países latino-americanos prácticamente se cierra las puertas a ingreso de nuevos colegas; es por eso que yo veo este asunto de mucho interés pero de aspectos tal vez más positivos que negativos y exactamente de los resultados debemos sacar las mejores conclusiones y ofrecer los mejores esfuerzos nuestros para cambiar la situación existente.

Dr. Julio de León (Guatemala) : En realidad no puede pasar uno por alto la oportunidad de poder decir una palabra al oír los comentarios que han suscitado los excelentes trabajos de los Dres. Buño y Villareal; hay algunas palabras en el trabajo del Dr. Buño con las que no concuerdo porque él atribuye a los colegas que emigran a otras partes del mundo, sobre todo a Estados Unidos, coraje intelectual e intrepidez y creemos nosotros que en realidad no hay ni coraje intelectual ni intrepidez en quienes buscan el acomodo y facilidades económicas; en realidad intrepidez y coraje intelectual tienen quienes se quedan en estos países luchando al lado de sus connacionales y buscando el mejoramiento de los pueblos que los han formado y que los necesitan. Por lo tanto creo yo, como dijeron algunos de los que me antecedieron en la palabra, que no nos debemos preocupar por esta fuga de colegas hacia otras partes del mundo sobre todo a los Estados Unidos de Norte América porque si bien es cierto que estamos perdiendo hombres y elementos que ha costado formar, espiritualmente en realidad no es pérdida, porque ellos espiritualmente al quedarse en nuestros países se sentirían frustrados y se sentirían desadaptados, porque no están hechos a la lucha, no están hechos en realidad para luchar con las inclemencias gubernamentales, económicas y ambientales de nuestros propios países. Por lo tanto, como dijo otro de los colegas, creo que una de las soluciones que, talvez se debe dar a este problema, es buscar nuevas motivaciones y una de esas motivaciones nuevas, que en realidad ya se está impulsando en la mayor parte de las escuelas de medicina de la América Latina, es la de inculcar en nuestros médicos del futuro vivencias nuevas, y lo repito porque así lo dije en el grupo de trabajo del día de ayer, esas vivencias nuevas serán probablemente mayor amor a su pueblo, mayor espíritu de lucha por mejorar las condiciones de pobreza, de miseria y desnutrición en que vivimos. Esas vivencias nuevas serán lo que darán arraigo a nuestros médicos, para que no fuguen al exterior. Por lo tanto pues, esa talvez sería la forma más práctica de evitar la fuga de nuestros médicos al exterior. Impulsar ese nuevo tipo de motivación en las Facultades de Medicina, formará un nuevo espíritu en los médicos del futuro. Excúsenme si en realidad me excedí en la palabra pero quería decir lo que siento.

Dr. Amador Negme (Chile) : He escuchado con mucha atención el debate que ha seguido la presentación de las interesantísimas ponencias del Dr. Ramón Villareal y la que nos leyó el relator por el Dr. Washington Buño. Creo que allí en esos trabajos está prácticamente agotado el tema y todos los ánimos

en las intervenciones que me han precedido también me ahorran de entrar en factores que han sido muy bien expresados por los distintos oradores. Solamente quiero acentuar el que en este problema de la migración de médicos hay también factores personales é individuales muy importantes y uno de ellos es el señalado por el profesor Houssay en más de una circunstancia y es que muchas veces existe en estos colegas que emigran una falta de seguridad en si mismos, que deriva en parte, como decía alguno de los profesores, de defectos en su propia formación. Esto no es solo un factor que debemos achacar a la Universidad sino que depende de muchos factores generales educacionales y del hogar; factores todos que se conjugan para dar entonces ciertas personalidades especiales dentro del plano internacional en que nos movemos. En alguna reunión oímos un dramático llamado de un Decano de Filipinas que se quejaba de estos mismos problemas de los factores que estimulan la migración de los médicos hacia los países que les pagan mejor, y ahí se recordó lo que acaba de decir el profesor, que este problema es mundial y que afecta a muchos países europeos, que hay también mucha responsabilidad de los gobiernos de nuestros países por conservar sus recursos humanos más valiosos. El médico indudablemente es uno de los más importantes, porque es uno de los agentes de cambio, uno de los factores para promover el progreso de nuestros países y debe ser considerado adecuadamente no solamente en lo que se refiere a sus remuneraciones, sino también en condiciones de trabajo, que muchas veces por la insuficiencia de elementos que se ponen a su alcance, distan de proporcionarle esa satisfacción que todo profesional espera del trabajo diario. Creo que en este sentido hay que mejorar las motivaciones y crear nuevos incentivos desde el punto de vista internacional.

La OMS, lo hemos visto a través del relato del Dr. Villareal, y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina que me honro en presidir, están preocupadas y empeñadas en realizar estudios y llevar adelante programas para crear una especie de mercado común, intelectual latino americano que facilite todo lo que aquí se ha dicho, buscando en nuestros propios países centros especializados que alguno pretenciosamente ha llamado islas de excelencia, para favorecer el perfeccionamiento de nuestros profesionales, para facilitar el intercambio de personal docente y científico y para crear entonces a través de este nexo y de estas relaciones un mejor conocimiento, un mejor uso de nuestros elementos y llegar entonces gradualmente al ideal que muchos aspiramos de integración de la América Hispánica. Yo quiero felicitar justamente al Dr. Ramón Villareal por lo completo de su trabajo y por las iniciativas que está llevando a cabo en la División de Educación Médica en la OPS.

Dr. Hernán Miranda (Trujillo-Perú) : De las notables exposiciones que hemos escuchado esta tarde se desprende con toda claridad que el problema es sumamente amplio y en consecuencia las soluciones tienen que ser necesariamente múltiples, variadas. Posiblemente son soluciones que deben ser coordinadas unas con otras; sin embargo tales soluciones deben contemplar el derecho al perfeccionamiento humano y el acceso a una labor creadora. Una de las características más importantes del hombre de talento dentro de

Universidad es precisamente preocupación por una labor creadora y si bien nosotros podemos juzgar que es falta de coraje o una excesiva apetencia de orden económico la que desvía a algunos profesionales a otros centros, también en algunos casos tengo evidencia de que las determinantes son la posibilidad de una mejor tarea de investigación.

Dentro de este punto y abordando solamente lo que se refiere a la investigación, yo desearía comentar, tanto desde el punto de vista de un hecho esencial para la vida y esencia de la universidad como también para la vida de un hombre dentro de ella, deseo comentar digo no una experiencia, porque lamentablemente no la tengo, sino una inquietud y un posible cauce de trabajo práctico, guiado por un espíritu un tanto pragmático, es decir de una realización un tanto inmediata y por un cauce aparentemente accesible para todos los ambientes. Entonces quiero examinar brevemente que nosotros tenemos el método, el escenario y la métrica. Cual es el método? El método consistiría, según nuestro proyecto, en la creación de fondos específicos para la investigación a nivel de las universidades o de las facultades; estos fondos de investigación podrían proceder ya sea de fuentes estatales, o de fuentes particulares provistas por los patronatos universitarios que la ley establece, o de entidades específicas. Estos fondos así constituidos específicamente, no como un fondo global que se da a la universidad, fondo global que tiene que perderse en el mar de necesidades de una institución, sino fondos específicos e intangibles que no necesariamente deben ser grandes fondos, sino fondos pequeños, porque de lo poco que yo he podido ver; soy corto de vista, en realidad muchas de las cosas que se dejan de hacer en nuestras universidades se dejan de hacer no porque falten cientos de miles sino muchas veces porque faltan un par de miles de soles que realmente traban labores accesibles y al alcance de pequeños núcleos de trabajo que tienen poca experiencia en la tarea de investigación. Entonces si nosotros tenemos un fondo de investigación, pongamos 300,000 mil soles nada más para una facultad de medicina, dividimos este fondo en una serie de fondos menores, pongamos 30 fondos de 10 mil soles cada uno, se sacan a concurso entre los equipos de investigadores de la facultad. Los equipos de investigadores de la Facultad utilizan un formulario que está tomado de las solicitudes para los "grants" internacionales sin sus complejidades, porque una de las ventajas es que esto se escribe en castellano no hay necesidad de estar traduciendo al inglés y no hay necesidad de llenar los requisitos complejos ya que esto se lleva a cabo dentro de la propia facultad a cargo de los consejos de investigación que son los que regulan las normas, adjudican los fondos y controlan la ejecución de los programas y se encargan de su discusión científica, entonces esto promueve según nuestras predicciones, un movimiento global en los núcleos de la Universidad porque en la práctica no interesa el núcleo que trabaja, interesa el núcleo que no trabaja, que no quiere trabajar. Realmente estas son iniciativas que nosotros estamos por todos los medios tratando de poner en práctica en nuestra Facultad de Medicina de Trujillo. Como ya dije al comienzo, no es una experiencia, es un propósito, es una inquietud pero me parece que aquellos que no tenemos mucha experiencia en vez de traer nuestra experiencia y nuestros resultados podemos al menos traer nuestras inquietudes.

Dr. Miliciades Pachas (Cajamarca-Perú) : Luego de escuchar las variadas in-
formaciones y comentarios que se han hecho a los trabajos presentados por
el Dr. Villareal y la lectura del trabajo del Dr. Buño del Uruguay y las pa-
labras que indudablemente de un gran sentido nacionalistas que podíamos lla-
marlo continentalistas hechas por el Profesor Polack de Argentina, me pare-
ce a mí que estos elementos que deben ser desarrollados intensamente a tra-
vés de la docencia en nuestra juventud deben ser factores que deben tomarse
en cuenta substancialmente.

Otro factor importante creo yo es el de tratar que la ayuda extranjera se
puedan liberalizar, democratizar, que ella no llegue solo a determinados
circuitos, a determinada institución, porque eso crea entonces un factor de
discriminación. Yo creo que esta conferencia, esta reunión de docentes de
las facultades de medicina de toda América Latina, debería incidir en este
factor. La gran cantidad de ayuda que llega, por ejemplo al Perú, no pueden
ser alcanzadas por instituciones pobres que necesitan de urgencia ayuda e-
conómica; para ellas, sin embargo, no ocurre así.

Este hecho quiero ponerlo aquí a consideración de todos los colegas, no sé
si en sus países suceda un hecho similar; aquí en mi país eso es una cosa
evidente y cierta, que la ayuda económica que viene del extranjero no se
dispensa igualmente a todas las facultades de medicina y las facultades con
poco prestigio son las que ninguna ayuda reciben de instituciones extranje-
ras; estamos prácticamente olvidados, estamos a la zaga de la potencialidad
económica, o técnica, o de profesionales que puedan venir a ayudarnos al de-
sarrollo y a la gestión de nuestras instituciones jóvenes. Es todo lo que
quería decir.

Moderador; Dr. Jorge Campos R. de C. (Perú) . Con la intervención del Dr.
Pachas ha quedado cerrado cerrado el debate sobre esta primera Mesa Redonda.

SEGUNDA MESA REDONDA: "LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA
Y DE LA SOCIOLOGIA EN LA FOR-
MACION DEL MEDICO".

PONENTES:

Dr. Hernán San Martín (Chile)
Dr. Alfonso Millán (México)
Dr. Humberto Rotondo (Perú)

DISCUSION.

SEGUNDA MESA REDONDA: "LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA Y DE LA SOCIOLOGIA
EN LA FORMACION DEL MEDICO".

Dr. Hernán San Martín (Chile)

"El Hombre debe llegar a saber que es
un Hombre y que debe vivir como Hom-
bre". (Paracelsus XII, 70).

Porque se piensa hoy que es necesario enseñar psicología y sociología, y en general ciencias de la conducta, al futuro médico cuando antes esto no parecía indispensable; es que estamos recargando el programa con un bagaje de conocimientos exóticos a nuestra profesión? O es que ellos son realmente útiles para ayudarnos a cumplir cabalmente los objetivos de la Medicina?.

La "Declaración de México sobre Educación Médica en América Latina" (I Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina, 1957), tiene todavía plena vigencia y no ha sido cabalmente aplicada por las Escuelas de Medicina de América Latina. Al referirse a los objetivos de la Educación Médica dice textualmente: "El objetivo inmediato de la enseñanza médica es formar médicos de preparación básica integral ... capacitados para promover, preservar y restaurar la salud, considerando al individuo como persona humana en sus condiciones anímicas, biológicas y sociales ..., así mismo deben proporcionarse al estudiante conocimientos científicos y humanísticos necesarios para una comprensión integral del hombre, en sus relaciones interhumanas y con el medio ambiente".

Cuando la Declaración analizaba el curriculum de la Escuela Médica hacía especial énfasis en el hecho de que la medicina tiene como preocupación central "el conocimiento del hombre, sano o enfermo, entendido en forma integral, en los aspectos físicos, psíquico y social".

Por otro lado, hay consenso unánime para aceptar que existen dos objetivos básicos en la educación médica: uno, la adquisición de conocimientos y la comprensión acerca de los fundamentos de la biología humana y de la conducta del hombre; otro, el desarrollo de habilidad y experiencia para aplicar adecuadamente esos conocimientos a la prevención y tratamiento de los enfermos y al cuidado de los sanos. Se dá por establecido que la adquisición de conocimientos y habilidad mas especializada depende del entrenamiento posterior del joven médico.

En la actualidad sucede que la mayor parte de las Escuelas de Medicina ofrecen al estudiante una preparación bastante sólida en ciencias básicas y en las preclínicas, que en conjunto representan el conocimiento del aspecto puramente biológico y funcional del hombre; en cambio, poco o nada es lo que se está haciendo por enseñar a los alumnos los aspectos psicológicos, sociales y culturales que conforman la conducta humana tanto en salud como en enfermedad.

Existen otras razones poderosas para apoyar nuestras sugerencias sobre enseñanza de las ciencias de la conducta (psicología, sociología, antropología natural) en medicina. Si la preocupación principal de la medicina es el hombre, y no la salud o la enfermedad como entidades abstractas desligadas de él, sucede que es imprescindible conocerlo cabalmente en su doble e indivisible aspectos biológico y cultural. El hombre es un ser tan complejo en sí mismo y en su conducta que para poder enterlo e ir al fondo de sus problemas de salud y enfermedad se requiere que el médico posea una preparación más vasta y profunda que antes y verdaderamente humanística. El alumno necesita no sólo conocer la enfermedad en el hombre sino también la reacción del hombre frente a la enfermedad y los factores que motivan este tipo tan particular de conducta desviada. El médico requiere entender los valores, motivaciones, prejuicios, hábitos, ideas, etc. de la gente con la que se pone en contacto directamente o a través de los programas de salud.

Si queremos formar médicos capacitados para tratar todos los aspectos de salud y de enfermedad, la educación médica debe utilizar necesariamente el saber de otros profesionales no médicos y también los recursos de la comunidad. Esta es una exigencia social de la época contemporánea y lo será cada vez mayor.

La otra razón básica es la siguiente: la medicina es parte de la cultura humana y es una institución social. Como tal, está influida y determinada por las fuerzas que dinamizan la vida social. Reconocer que la medicina es parte de la cultura implica, entre otras muchas cosas, que :

- 1.- El ejercicio de la medicina en cualquiera de sus formas debe ajustarse a los patrones culturales imperantes en la sociedad (o debe tratar de modificarlos adecuadamente).
- 2.- La dinámica de la medicina se rige por la dinámica cultural.
- 3.- El médico (y los componentes del equipo de salud) es un agente del cambio planeado en el sector del bienestar humano (salud).

Estas ideas no son nuevas; sin embargo, su aplicación es reciente. La preocupación por el bienestar físico y social del enfermo ha sido desde antiguo parte integrante de la educación médica. En el

pasado lo fué en forma empírica a través de la penetración intuitiva del médico en la conducta humana. La experiencia sustituía la falta de atención técnica científica en estas disciplinas.

A medida que los conceptos social e integral de la medicina han sido aceptados e introducidos, el proceso de formación del médico ha comenzado a necesitar más y más de aquellas disciplinas no médicas cuya preocupación es el hombre y su cultura. Por su parte, los científicos sociales han reconocido el papel significativo que la salud y la enfermedad juegan en la red de las actividades diarias del hombre y han encontrado en la medicina un campo de grandes recursos y oportunidades para estudiar los grupos e instituciones sociales y la conducta humana.

La verdad es que el médico y el científico social empiezan a ver conjuntamente otras formas de tratamiento, además de la relación médico - paciente. Esto se le hace cada vez más evidente a medida que la investigación sociológica en medicina se refina y coordina las evidencias que existen sobre el impacto de los factores sociales, culturales y psicológicos sobre la enfermedad. No olvidemos que la personalidad humana es el producto de la interacción social y de las situaciones sociales y culturales en que se encuentra el sujeto. Es evidente que este concepto dinámico de la personalidad tiene gran significación social y abre nuevas perspectivas para la investigación, para la práctica médica y para la orientación de los programas de salud.

Todo esto significa que la medicina está actualmente pidiendo ayuda o colaboración a las ciencias sociales (no sólo a las de la conducta, sino también a otras como la estadística, la demografía, la economía, etc). Para entender mejor al hombre y su conducta frente a los demás hombres, frente a la estructura social y sus patrones culturales, frente a la salud y a la enfermedad. Que las ciencias sociales hayan llegado a ser pertinentes para la educación médica no es un hecho caprichoso. Es el resultado del impacto producido por la transformación de las convicciones sociales y los consiguientes cambios en el pensamiento médico y en los valores sociales en el ejercicio de la medicina. Nosotros vemos una clara dependencia entre el advenimiento de las ciencias sociales a la medicina y el proceso de integración de los programas de salud y de los programas de enseñanza médica. Hay algunos hechos concretos que han establecido y que están estableciendo esta relación:

- 1.- El predominio creciente de la ecología y de la epidemiología en la interpretación de los fenómenos de salud y enfermedad.
- 2.- La vuelta a considerar al hombre biológico - social como el motivo principal de preocupación de la medicina.
- 3.- La aceptación de que la conducta social es un factor importante en la etiología, prevalencia y distribución de la enfermedad.

- 4.- La conveniencia de considerar la salud como un estado alcanzable por medios positivos, lo cual significa no centrar la lucha solamente contra la enfermedad.
- 5.- La necesidad real de dar unidad a la medicina para entregarla racionalmente a la población a través de programas de salud científicamente planificados, lo cual exige, entre otras cosas, equipo de salud multidisciplinarios.

La situación expuesta permite justificar la enseñanza de las ciencias sociales en medicina. Para ser bien concretos, podríamos aducir, al menos, cuatro razones para enseñar ciencias sociales a los estudiantes de medicina:

- 1.- Los factores sociales y culturales son determinantes básicos en la distribución de muchas enfermedades en la población.
- 2.- Los factores sociales y culturales juegan un papel importante en la etiología de dichas enfermedades, ya sea en forma directa o indirecta, en forma favorable o desfavorable.
- 3.- Los factores sociales definen qué condiciones de salud serán consideradas como problemas de salud y las actividades que pueden realizarse para resolver esos problemas.
- 4.- Los factores sociales y culturales determinan la respuesta de la sociedad y del individuo frente a los problemas de salud.

CONTRIBUCION DE LAS CIENCIAS SOCIALES A LA MEDICINA.

Las ciencias sociales, particularmente las de la conducta, son de desarrollo reciente en América Latina y más reciente aún es su introducción a los programas de educación médica. Tal como son enseñadas actualmente en muchas escuelas de medicina, los conceptos de las ciencias de la conducta aparecen a menudo confundidos con los conceptos de la medicina social o con la filosofía social. Lo que pasa es que el rol social del antropólogo, sociólogo y psicólogo es todavía impreciso en nuestros países y más lo es en el campo particular de la aplicación de estas disciplinas a la medicina. Favorece esta confusión el hecho de que estas ciencias de la conducta no han alcanzado todavía a ser, en realidad, ciencias en el sentido clásico. De aquí que haya muchos puntos de vista sobre lo que debe enseñarse y sobre su participación en medicina.

Por otro lado, sucede que las ciencias de la conducta comparten conceptos básicos tales como cultura, personalidad, relaciones humanas, grupos, etc. Hay ciertos aspectos de estas disciplinas que se

superponen y transfieren en tal medida que el alcance de cada una se torna a veces impreciso a pesar de que tiene campos de interés específicos.

La psicología, especialmente, la social, es el estudio del proceso del aprendizaje, la naturaleza de la percepción social, la motivación individual y de grupo y la dinámica de éste, o sea, las fuerzas que impelen a los individuos a actuar como miembros de un grupo.

La sociología, es en principio, el estudio de la estructura del grupo llamado sociedad y trata más con conceptos tales como el rol social, estado o categoría y de las relaciones entre los individuos que ocupan cada estrato social.

La antropología cultural concentra su interés en el estudio de la cultura humana o sea de las formas de comportamiento aprendido y compartidas con los miembros del grupo social.

A pesar de que la incorporación de las ciencias de la conducta a la medicina es reciente, la contribución de ellas al saber médico es muy valiosa:

1.- La psicología básica tiene algunos capítulos que ofrecer al futuro médico como algo indispensable en su formación:

- 1.1.-Conocimiento y desarrollo en la infancia.
- 1.2.-Motivaciones
- 1.3.-Inteligencia y habilidades
- 1.4.-Adolescencia y edad adulta
- 1.5.-Herencia y ambiente
- 1.6.-Evaluación de la personalidad
- 1.7.-Conflictos, mecanismos de defensa y salud mental.
- 1.8.-La técnica del examen psicológico
- 1.9.-Elementos de psicoterapia.

La psicología ayuda a la comprensión de las características recíprocas propias en la relación médico-paciente y en las relaciones del médico con los demás componentes del equipo de salud.

Ayuda también en el diagnóstico correcto de pacientes con desequilibrios emocionales que expresan su trastorno con síntomas físicos, psicológicos o sociales.

Ayuda en el proceso de adquirir habilidades para entrevistar bien al paciente, para ser una buena historia clínica, para comprender los aspectos psicológicos, culturales y sociales de la conducta de los pacientes.

Por último, facilita al médico la comprensión de lo que puede hacer en la atención de personas emocionalmente sanas que enferman; en la

atención de personas emocionalmente enfermas que presentan o no síntomas de otra enfermedad; en el tratamiento de emergencia de enfermos mentales.

Los temas que se seleccionen para la enseñanza técnica teórica y práctica de la psicología deben tender a interpretarla como mecanismo homeoestático usado por el organismo con el fin de adaptar impulsos básicos a demandas sociales y, más adelante, con el desarrollo de la estructura mental, para reconciliar demandas internas en conflicto .

- 2.- La sociología resulta del esfuerzo de analizar el funcionamiento del grupo social, de tal modo que sus contribuciones a la medicina se relacionan necesariamente con las interacciones humanas, vale decir, las relaciones entre individuos y no con la enfermedad misma. El interés del sociólogo reside en el estudio del comportamiento social que rodea la enfermedad.

Los sociólogos tienen conceptos, conocimientos y técnicas que los capacitan para incorporarse con utilidad a la investigación médica. El gran aporte de la sociología es su enfoque particular utilizable por el clínico. También puede aportar estudios que relacionen factores y procesos sociales específicos con estados particulares de salud y de enfermedad. Por último, contribuye con estudios sociológicos a explorar pautas de relaciones sociales en la salud y en la enfermedad y en medicina. Es en investigación donde la sociología contribuye con un método científico y con una teoría sociológica para examinar al hombre con referencia particular a su conducta social presente en los estados de salud y enfermedad.

Alguna de las áreas de colaboración entre la sociología y medicina que han sido trabajadas más son:

- 2.1.- Ecología y etiología social de la enfermedad.
- 2.2.- Componentes sociales de la terapia y rehabilitación.
- 2.3.- La medicina como institución social.
- 2.4.- Sociología de la educación médica.
- 2.5.- Bases sociológicas de las relaciones médico-paciente.

Habiendo un balance de la participación de los sociólogos en los programas de educación médica aparecen las siguientes contribuciones como las más frecuentes:

- 2.1.- Cursos de introducción a la Psiquiatría (particularmente en relación al estudio de la personalidad).
- 2.2.- Curso de introducción en Medicina Preventiva y Social (particularmente en relación a ecología humana, epidemiología, antropología cultural, recursos de la comunidad, repercusión social de la enfermedad).

- 2.3.- Trabajo clínico con grupos de alumnos en la sala de hospital para ayudarlos en las relaciones médico-paciente y en la solución de problemas sociales de los enfermos.
- 2.4.- Programas de trabajo en terreno (seguimiento o control de familias; investigación médico-social).
- 2.5.- Conferencias de casos en grupos de alumnos; seminarios; cursillos teóricos preclínicos y lecciones aisladas para estudiantes de clínicas.

Los sociólogos tienen a menudo la sensación, que puede ser cierta de que sus contribuciones no pueden ser aceptadas por su valor aparente por los médicos y de que la aceptación exige que desarrollen una especie de nueva sociología aplicada a la medicina. Esto último es posible, y tal vez deseable, siempre que la teoría sociológica no se deforme. Lo importante, cualquiera que sea la participación del sociólogo (esto es válido también para el psicólogo y antropólogo), es que su contribución a la educación médica sea la de un "sociólogo" colaborador permanente en el programa docente y no la de un informante ocasional sobre temas abstractos o exóticos para la medicina. No puede suceder que el cientista social se vea obligado a abandonar o a deformar su disciplina por las exigencias del programa en que trabaja.

Al revés tampoco debe suceder que el cientista social ofrezca un curso completo de su disciplina, tenga o no aplicación en medicina. Generalmente estos son cursos sintéticos meramente informativos que no despiertan ningún interés en el estudiante de medicina. Lo que estos necesitan es un programa formativo que contribuya a moldear la mentalidad científica en el alumno y que aporte aplicaciones prácticas al ejercicio médico.

- 3.- Los antropólogos han aportado algunas generalizaciones valiosas relacionadas con la salud:
 - 3.1.- El conocimiento antropológico cultural es tan importante como el médico cuando se trata de planificar programas de salud en situaciones inter-culturales.
 - 3.2.- La cultura constituye un aspecto básico en el éxito o fracaso de los programas de salud.
 - 3.3.- No existen reglas fijas para asegurar el éxito de los programas. Sólo se cuenta con reglas de orientación general y con estudios a nivel local y nacional.
 - 3.4.- La cultura y otros aspectos relacionados con la salud deben analizarse con la metodología científica que las ciencias de la conducta están en condiciones de aplicar.
 - 3.5.- Tanto el ejercicio individual de la medicina como los programas colectivos de salud requieren conocimientos y comprensión de las actitudes, costumbres, valores, hábitos etc. de la cultura en la que se pretende introducir cambios.

- 5.6.- Es indispensable el conocimiento de la propia personalidad y de la propia cultura por el médico o por el encargado de producir el cambio en la conducta sanitaria de un grupo social distinto.
- 3.7.- La antropología permite al estudiante de medicina conocer y auxiliarse en la solución de los problemas del medio social y cultural.
- 3.8.- Cuando los factores culturales y sociales son tomados en cuenta en la observación médica está valorando al Hombre como un ser social y completo.

OBJETIVOS DE LA ENSEÑANZA DE LA CIENCIA DE LA CONDUCTA A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA.

- 1.- Comprender los principios básicos de psicología, sociología y antropología cultural que tengan relación directa con la medicina.
- 2.- Comprender la naturaleza de los procesos sociales y culturales implícitos en la relación médico-paciente.
- 3.- Entender que el "proceso de grupo" es parte importante de todo proceso educacional. Incluyendo la educación para la salud.
- 4.- Comprender la estructura, dinámica e inter-relaciones de la sociedad en la cual los médicos van a ejercer una medicina integrada y van a actuar como agentes de cambios culturales dirigidos.
- 5.- Comprender las actitudes y creencias de la gente y aprender a modificarlas favorablemente como parte integrante de la responsabilidad del médico.
- 6.- Comprender el rol social de la medicina.

METODOLOGÍA DE LA ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA EN MEDICINA

La introducción de las ciencias de la conducta al programa de educación médica coloca a la Escuela de Medicina en un grave dilema. Agobiadas por la falta de tiempo para dar cabida al conocimiento creciente de las ciencias médicas tradicionales, ahora se les pide incluir una masa de conocimiento social ajena hasta hoy al contenido académico de la medicina. Esta es una grave dificultad y una limitación para las posibilidades de acción de los científicos sociales de la Escuela. En todo caso, el lugar de las ciencias de la conducta en la enseñanza médica depende del grado de cumplimiento del vasto programa de integración de la medicina, en realidad, la aceptación mayor o menor que tengan los científicos.

sociales en la Escuela de Medicina depende mas que nada de las ideas de los miembros docentes de la Escuela sobre la medicina integrada.

Es evidente que estas disciplinas deben ser enseñadas por los técnicos respectivos. Existe la tendencia a dedicar horas médicas a este tipo de enseñanza. Es facil para el médico asimilar los fundamentos de estas ciencias, pero es mucho más ventajoso adiestrar a un científico social para que participe en la enseñanza e investigación médica que pretender preparar en ciencias de la conducta a un médico. El aporte del cientista social es mucho más valioso porque siempre es formativo; el del médico con entrenamiento en ciencia social es generalmente informativo.

Hay varias alternativas para incorporar las ciencias de la conducta en el programa docente de la Escuela. A menudo encuentran educación en los Departamentos de Medicina Preventiva y Social o en el de Psiquiatría. Como estos departamentos están experimentando mucho en integración esta ubicación es ventajosa.

Otra posibilidad es la de organizar un Departamento de Ciencias de la Conducta que incluyera, por ejemplo, ecología humana, psicología, sociología, antropología cultural, desarrollo de la personalidad, psicopatología, psicodinamia, psiquiatría, higiene mental. Este Departamento se preocuparía de la enseñanza e investigación de los aspectos normales y desviados de la conducta humana.

Otra posibilidad es desarrollar estas disciplinas en coordinación con las clínicas básicas y ubicarlas administrativamente en el Departamento de Ciencias Clínicas (Medicina Integrada: medicina, cirugía, obstetricia, pediatría, psiquiatría, especialidades).

Lo importante es que estas disciplinas aparezcan coordinadas entre sí y con las ciencias clínicas. Por esto su enseñanza no puede consistir en un curso teórico más. Es precisamente el concepto de coordinación y el de integración el que permite incluir en el programa nuevas ideas y nuevas técnicas sin que necesariamente signifiquen nuevos cursos.

El momento más adecuado para introducir esta enseñanza es durante los años preclínicos. En el caso de psicología, por ejemplo, debería hacerse en relación o en forma paralela al curso de fisiología. El problema de la "percepción", para citar un caso concreto, constituye un puente natural entre la fisiología, los órganos sensoriales, la función cortical y las relaciones interpersonales. Y ya estamos en el ámbito de las ciencias sociales de la conducta. Del mismo modo, el "aprendizaje" puede relacionarse con los reflejos condicionados así como las reacciones emocionales de los seres humanos se pueden relacionar directamente con las reacciones emocionales que ellos establecen en sociedad y con los factores fisiológicos (sexo, edad, etc.) y culturales (valores, normas, costumbres etc.) que las determinan.

Algunas indicaciones metodológicas importantes en este caso podrían ser las siguientes:

- 1.- La enseñanza debe ser simple, práctica y con gran intervención del alumno; el papel del profesor debe ser de conductor de grupos de trabajo.
- 2.- La coordinación e integración es indispensable a todo nivel.
- 3.- La influencia de esta enseñanza debe alcanzar no sólo a los alumnos sino también a todos los docentes y profesores de la Facultad o Escuela; sólo en esta forma podrá efectuarse una real integración de la enseñanza.
- 4.- La mayor parte del tiempo dedicado a esta enseñanza debería destinarse a investigación de campo a través de diseños experimentales científicamente planificados; por esta razón, los cursos deberían extenderse al menos por un semestre y de preferencia a través de todo el año para facilitar la observación y la investigación.
- 5.- Los métodos de enseñanza teóricos son los ya tradicionales: lecciones, discusiones de grupo, conferencias de casos, seminarios y mesas redondas, lectura y discusión de textos.
- 6.- La aplicación de los principios y técnicas de las ciencias de la conducta al trabajo clínico (Semiología, Clínicas básicas, Especialidades) y al trabajo social (trabajo con familias en sectores) debe hacerse en forma controlada y con participación de los científicos sociales.

CONTENIDO DE LA ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA EN MEDICINA.

No se trata de enseñar en pequeño programas completos de psicología, sociología y antropología cultural. Se trata de seleccionar temas muy relacionados con medicina y materias que interesen a los alumnos.

Como las posibilidades de selección de temas son muchas y los puntos de vista varían de un país a otro, nosotros presentamos tres programas completos para la enseñanza de las ciencias de la conducta en la Escuela de Medicina .

Estos programas constituyen simples sugerencias y de ninguna manera deben ser tomados como ponencias definitivas o rígidas.

PSICOLOGIA .

(Sugerencias para un curso de psicología básica preclínico,
para estuñantes de medicina).

I.- OBJETIVOS:

- 1.1.- Ayudar a conformar la mentalidad científica en el alumno.
- 1.2.- Mostrar el lugar fundamental de los procesos mentales en las funciones del ser vivo y de la psicología como parte integrante del conocimiento del hombre sano o enfermo.
- 1.3.- Comprender la conducta humana, normal o desviada, en sus componentes psicológicos junto a los demás componentes que la conforman.
- 1.4.- Comprender las inter-relaciones entre lo funcional psicológico y lo orgánico en la patología humana.
- 1.5.- Aplicar estos conocimientos en el trabajo clínico y social posterior.

II.- METODO DOCENTE:

- 2.1.- El curso se desarrollará en el período preclínico, en el II año de Medicina, en coordinación con fisiología, sociología y antropología cultural.
- 2.2.- La extensión será de un mínimo de 40 horas repartidas entre teóricas y prácticas.
- 2.3.- El método docente incluirá: lecciones teóricas, seminarios preparados por los alumnos, lectura y discusión de textos y artículos, práctica o trabajo de campo (observación e investigación).
- 2.4.- Aplicación controlada de los principios y técnica de la psicología al trabajo clínico y social posterior (Hospital, Consultorio externo, terreno).

III.- CONTENIDO DEL PROGRAMA DOCENTE:

- 3.1.- Observación de la conducta animal y humana a diferentes edades.
- 3.2.- Reflejos y patrones innatos de conducta.
- 3.3.- Reflejos condicionados en el hombre y en los animales.
- 3.4.- Aprendizaje y maduración: su formación.
- 3.5.- Percepción.

- 3.6.- Funcionamiento intelectual.
- 3.7.- Memoria, olvido, alteración y recuerdo.
- 3.8.- Emociones.
- 3.9.- Elementos del examen psicológico.
- 3.10.-Concepto de los instintos. Desarrollo psico-sexual.
- 3.11.-Primeras relaciones con los objetos y desarrollo de la personalidad,
- 3.12.-Teoría del subconciencia y fantasía.
- 3.13.-Medios de expresión y desarrollo del lenguaje.
- 3.14.-Comunicación (verbal y otras).
- 3.15.-Conflicto psicológico, mecanismos de defensa y salud mental.
- 3.16.-Conducta (con referencia particular al carácter y estructura de la personalidad).
- 3.17.-Desarrollo de las relaciones humanas. Psicología de la relación médico-paciente.
Técnicas proyectivas para conocer al paciente.
- 3.18.-Adaptación y ajustamiento.
- 3.19.-Influencia de los valores e ideales.
- 3.20.-Relaciones en grupos y a grupos.
- 3.21.-Psicología diferencial de las épocas de la vida.

NOTA: Partiendo de un curso básico de este tipo, se puede posteriormente abordar la psicología médica con mayor propiedad incluyendo psicopatología, psicodinámica, crecimiento y desarrollo de la personalidad.

P R A C T I C A

(Sugerencias para trabajos prácticos, individuales o de grupos, con estudio bibliográfico del tema).

- 1.- Observación de niños normales y anormales en servicios de pediatría orfanatos, hospitales psiquiátricos, colegios etc.
Los estudiantes diseñan sus hojas de observación y evaluación (asesorados por el psicólogo, el médico y el estadístico), elaboran los datos recogidos y los llevan al grupo para su discusión.
- 2.- Estudio práctico de los conflictos que la enfermedad produce en los enfermos hospitalizados (haciendo abstracción de la enfermedad orgánica).
- 3.- Presentación de casos clínicos en orden de patología decreciente; 1 esquizofrenia simple, 1 sociopata, 1 psiconeurosis (por ejemplo) No presentar casos francamente psiquiátricos sino personalidades alteradas o desviadas.
El alumno deberá tomar nota del crecimiento y desarrollo del paciente, sus motivaciones, sus conflictos y los mecanismos de adaptación y defensa.
Las notas que tomen los alumnos en relación a estos casos servirán para ilustrar muchos de los temas teóricos.
- 4.- Entrenamiento en algunas pruebas psicológicas.
Exploración psicológica del paciente.
- 5.- Técnica de la entrevista médica.
Construcción de la ficha psicológica del paciente.
- 6.- Pesquisa de individuos superdotados en el ambiente escolar local; estudio biográfico en cuanto a crecimiento y desarrollo, motivaciones, inteligencia y habilidades, salud mental.
- 7.- Estudio del parto sin dolor en una maternidad.

SOCIOLOGIA APLICADA A LA MEDICINA.

(Sugerencia para un nuevo curso pre-clínico)

I.- OBJETIVOS:

- 1.1.- Contribuir a conformar la mentalidad científica del alumno.
- 1.2.- Conocer y comprender la estructura y la dinámica social y la forma como la sociedad influencia nuestra biología y nuestra conducta.
- 1.3.- Comprender las bases sociológicas de las relaciones entre la medicina y la población.
- 1.4.- Aplicar estos conocimientos en el trabajo clínico y médico-social.

II.- METODO:

- 2.1.- El curso se desarrollará en el período preclínico (I ó II Año de Medicina) en coordinación con Psicología y Antropología Cultural. Puede enseñarse conjuntamente con este último.
- 2.2.- La duración del curso debería variar entre un mínimo de 24 horas y un máximo de 32 horas.
- 2.3.- Lecciones teóricas 20 horas.
- 2.4.- Seminarios preparados por los alumnos: 4, de una hora de duración cada uno.
- 2.5.- Práctica en terreno: 8 horas distribuidas en visitas (con informe individual) a instituciones sociales; encuestas sociales, desarrollos de pequeñas investigaciones sociales por los grupos de trabajo.
- 2.6.- Aplicación posterior (en los años clínicos y en el trabajo en terreno), controladamente, de los principios y técnicas sociológicas enseñadas al trabajo en Hospital, Consultorio externo y en la población.

III.- CONTENIDO DE LA ENSEÑANZA (Sugerencias)

- 3.1.- El método del estudio sociológico.
- 3.2.- Estadísticas demográficas y sociales.
- 3.3.- El individuo y la sociedad.
 - Socialización del individuo: influencia de los grupos sociales.
- 3.4.- La Familia.
 - La familia como institución social y como grupo primario.
 - Evolución de la familia humana: tendencias demográficas y sociales.
 - La familia como unidad de trabajo en salud.

- 3.5.- Grupos sociales en la niñez y en la adolescencia.
 - La escuela como institución social.
 - Otros grupos sociales.
- 3.6.- Grupos socio-económicos y culturales.
 - Influencia de los grupos sociales en la personalidad del adulto.
 - Concepto de clase, status, rol y prestigio.
 - Estratificación, clases sociales y salud.
- 3.7.- Las instituciones sociales.
 - Las instituciones sociales como super-estructuras de la sociedad.
 - La medicina como institución social.
- 3.8.- Vida social.
 - Sociedades urbanas, sub-urbanas y rurales.
 - La vida comunitaria.
 - Tendencias en la estructura de la Comunidad:urbanización, demografía y salud.
- 3.9.- Desarrollo de la Comunidad.
 - Concepto y principios básicos en desarrollo de la comunidad; posibilidades y limitaciones del proceso.
 - El desarrollo de la comunidad para la salud.
- 3.10- Bases sociológicas de las relaciones humanas.
 - La comunicación y su importancia en relaciones humanas.
 - Concepto y principios de relaciones humanas.
 - Relaciones humanas en salud.
- 3.11- El cambio social.
 - Dinámica de los cambios sociales; desarrollo económico, desarrollo social y salud.
 - El cambio social en América Latina.
- 3.12- La sociedad en conflicto con la biología.
 - Factores sociales en la morbilidad y mortalidad nacional.
 - La salud como producto del desarrollo social.
- 3.13- Sociología de la enfermedad.
 - La enfermedad como un tipo de conducta social desviada y su trato especial.
 - Influencia de la clase social y del grupo sobre la reacción ante la enfermedad.
- 3.14- Sociología de las profesiones de la salud.
 - Rol social del médico.
 - Papel de la Escuela de Medicina en la capacitación del estudiante para ejercer su rol médico.
- 3.15- Bases sociológicas en la relación médico-paciente.
- 3.16- Sociología del Hospital.
- 3.17- El rol social de la medicina.

S E M I N A R I O S.

(Sugerencias para pequeños trabajos presentados por los alumnos)

- 1.- Estructura de la población y de la sociedad nacional.
- 2.- Características de la familia (nacional).
Actitudes y hábitos de la población.
- 3.- Análisis del desarrollo social en el país.
- 4.- Instituciones de medicina social en el país.
- 5.- Evolución social de la medicina en el país.

P R A C T I C A S.

(Sugerencias para pequeños trabajos colectivos)

- 1.- Visitas, con informes individuales o de grupos, a instituciones sociales locales.
- 2.- Planificación de una investigación social en el sector salud.
- 3.- Ejecución de una investigación social en el sector salud.
- 4.- Práctica de encuestas sociológicas.

ANTROPOLOGIA CULTURAL APLICADA A LA MEDICINA.

(Sugerencias para un curso preclínico, para estudiantes de medicina en base a una selección de problemas de antropología cultural de interés particular para el médico).

I.- OBJETIVOS:

- 1.1.- Ayudar a conformar la mentalidad científica del alumno.
- 1.2.- Comprender al hombre como una entidad biológica y cultural indivisible y las interrelaciones entre biología y cultura.
- 1.3.- Comprender la conducta humana, normal o desviada, en sus componentes culturales junto a los demás componentes que la conforman, para facilitar el contacto adecuado con el individuo, la familia y la comunidad.
- 1.4.- Aplicar estos conocimientos en el trabajo clínico y social posterior.

II.- METODO DOCENTE:

- 2.1.- El curso se desarrollará en el período preclínico, en I ó II Año de Medicina, en coordinación con biología, ecología, sociología y psicología.
- 2.2.- La extensión mínima será de 24 a 30 horas repartidas entre teóricas y prácticas.
- 2.3.- El método docente incluirá: lecciones teóricas, seminarios preparados por los alumnos, lectura y discusión de artículos y textos, práctica o trabajo de campo.
- 2.4.- Aplicación controlada de los principios y técnicas antropológicas al trabajo clínico y social posterior (Hospital, Consultorios externos, terreno).

III.- CONTENIDO DEL PROGRAMA DOCENTE.

- 3.1.- Estudio del Hombre.
 - De las reacciones animales a las respuestas humanas.
 - El hombre como producto de un proceso de cerebración progresiva de los primates (humanización).
 - El concepto de "animal" y el concepto de "humano" (el fenómeno humano es esencialmente un proceso psíquico).
 - Definición del Hombre en términos biológicos.

- 3.2.- Singularidades del Hombre.
 - Paralelo entre la Facultades psíquicas del Hombre y las de los animales.
 - La conducta peculiar del Hombre.
 - Definición del Hombre en términos de cultura.
- 3.3.- El lugar del Hombre en la comunidad biótica.
 - El Habitat humano: el área natural y el área cultuto-social.
 - Relaciones entre los demás seres vivos.
- 3.4.- El Hombre y sus variedades.
- 3.5.- Problemas ecológicos del Hombre moderno.
- 3.6.- El Hombre y la cultura.
 - El método de estudio antropológico.
 - Teoría y metodos de la antropología.
 - Divisiones de la antropología.
 - Usos de la antropología en medicina.
- 3.7.- Estructura de la cultura y dinámica cultural.
 - Concepto de cultura y factores condicionantes.
 - Formas y características de la cultura.
 - Evolución cultural y leyes del desarrollo cultural.
- 3.8.- El Folklore o cultura popular.
 - Folklorización del hecho cultural.
 - Manifestaciones de la cultura popular.
 - Folklore médico y medicina popular.
- 3.9.- Efectos de las diferentes culturas sobre el desarrollo de la personalidad.
 - Grupos sociales y patrones culturales.
 - Comunicación en medios culturales mixtos.
 - Barreras a la comunicación.
- 3.10- Los usos, las costumbres, los hábitos.
 - La tenacidad de los conceptos tradicionales.
 - Conceptos culturales e ideas tradicionales sobre salud y enfermedad.
 - Un ejemplo: el significado cultural de los hábitos alimentarios.
- 3.11- Las Creencias y las prácticas.
 - Magia y medicina.
 - Mito, religión y salud.
 - Respuestas tradicionales a la enfermedad.
 - El rol tradicional del curandero en América Latina.
- 3.12- Enfermedad y conducta.
 - La subcultura médica y las relaciones médico-paciente.
 - La conducta del hombre enfermo.
 - Respuestas de la gente a los programas de salud.

S E M I N A R I O S .

(Sugerencias para trabajos de grupos).

- 1.- Composición étnica y cultural de la población nacional.
- 2.- Aportes culturales de las culturas americanas pre-colombinas.
- 3.- Medicina pre-colombina en América.
- 4.- Factores culturales en la conducta sexual del hombre.
- 5.- Factores culturales en salud y enfermedad.

P R A C T I C A .

(Sugerencias para trabajos de campo).

- 1.- Visita, con informe individual o de grupos, a un Museo Antropológico. Discusión posterior.
- 2.- Encuesta antropológica sobre medicina popular.
- 3.- Investigación de hábitos, creencias y actitudes en hospitalizados y consultantes a Servicios de Salud.
- 4.- Encuesta de actitudes de los alumnos (ideas, hábitos, reacciones emocionales). Discusión posterior de los datos obtenidos.
- 5.- Investigación médico-social (colectiva) de campo que ofrezca oportunidad de adiestramiento en las técnicas antropológicas (entrevistas, cuestionario, cédula, observación, participante, etc.)

SEGUNDA MESA REDONDA: LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA Y DE LA SOCIOLOGIA
EN LA FORMACION DEL MEDICO

Dr. Alfonso Millán

La enseñanza de la Psicología Médica, la Psiquiatría y la Higiene Mental está a cargo en la Facultad de Medicina de un Departamento que fué fundado en 1955. Por lo que respecta a la enseñanza de la Sociología Médica y la Medicina Preventiva, está también a cargo de un Departamento especial fundado en 1958.

El ideal que persiguen ambos Departamentos en forma integrada y coordinada consiste en desarrollar en los futuros médicos una actitud humanista para el ejercicio de su profesión. La exposición que sigue intenta explicar los principios científico-humanísticos que inspiran la actividad de ambos Departamentos; así como las cátedras de Medicina Forense y la de Historia y Filosofía de la Medicina. Es decir, la formación humanista de los futuros médicos es una preocupación que se expresa en todo el curriculum y no sólo en la enseñanza de la Psicología y de la Sociología Médicas. Pero debe hacerse la advertencia de que en estos momentos, la Facultad de Medicina, así como toda la Universidad, está revisando sus programas de estudio, de manera que no es posible en esta exposición detallar las horas que se asigne a cada tema de cada materia, pero los temerarios que se adjuntan no sufrirán modificaciones esenciales en cuanto al contenido, pero si algunas modificaciones respecto a las horas de trabajo. En el momento de la reunión en que este trabajo será leído, será posible exponer más detalladamente este aspecto.

Por otra parte, nos limitamos como es natural a la exposición de nuestros propósitos y trabajos en la Facultad de México, pero suponemos que muchos de los aspectos señalados pueden corresponder, con algunos matices comprensibles, a la realidad de muchos países de América Latina.

Al mismo tiempo que se preparan los futuros médicos en los métodos de las ciencias básicas (morfológicas y de la función); en el conocimiento de las Nosologías y en el ejercicio de las Clínicas, para la adquisición de técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; o que participan activamente en un internado hospitalario y en el servicio social, la Facultad les ofrece una serie de enseñanzas y les hace participar en múltiples actividades tendientes a mostrar la importancia fundamental del humanismo en la práctica profesional. El método para realizar esta última preparación de los futuros médicos universitarios, que deben ser médicos generales que ejercerán su profesión en nuestro país, consiste en sistematizar las enseñanzas y actividades humanísticas alrededor de la Psicología Médica y la Psiquiatría; la Sociología Médica y la Medicina Preventiva; la Historia y la

Filosofía de la Medicina y la Medicina Forense.

Formar médicos que sepan sobre todo pensar racionalmente, con métodos científicos; que adquieran conocimientos básicos no sólo de las ciencias médicas tradicionales, sino del hombre, su sociedad y sus leyes; así como de las condiciones particulares del país; y de la historia y la evolución de la medicina, es contribuir a capacitarlos para la práctica del arte científico que es la profesión médica, la cual es, al mismo tiempo, una profesión científica, técnica, asistencial y humanista.

Los progresos tan grandes de la medicina contemporánea; el desarrollo de las diversas especialidades médicas; la extensión cada vez mayor de los servicios asistenciales del Gobierno y del Instituto Mexicano del Seguro Social; la complejidad creciente en la organización de los grandes centros médicos y de las pequeñas unidades de salud y de bienestar social, rural o urbano; la llamada medicina institucional frente a la necesaria práctica individual, aunque ya no liberal, de la profesión médica; las organizaciones administrativas y burocráticas que aspiran a una socialización de la medicina, etc., han contribuido a agravar el problema que los médicos de todo el mundo vienen denunciando como crisis de crecimiento de la medicina, que requiere rectificaciones, pues este proceso acaba por convertir al enfermo, y al hombre que hay en todo enfermo, en una cosa, ficha o entidad despersonalizada. Voces autorizadas de nuestro país, como las de Raúl Fournier, Efrén del Pozo, y otros, han señalado los peligros y errores de esa deshumanización de la medicina, postulando la necesidad de un nuevo humanismo, que permita el aprovechamiento efectivo de todos los grandes logros de la medicina actual, por los seres humanos, personas, que son los enfermos; así como por la sociedad, los centros de enseñanza y los hospitales mismos, en los cuales la deshumanización va también creciendo. Desde otros puntos de vista, los progresos de la Psiquiatría y de la Psicología Médica, de la Sociología Médica y la Medicina Preventiva, han influido y siguen influyendo en la teoría y práctica de la profesión, haciendo más amplios los horizontes del aprendizaje necesario y de la investigación científica. Al incluir a la persona, la familia y la sociedad, que tienen como tales sus propias patologías y técnicas de diagnósticos, tratamientos y de profilaxia, estas ramas de la medicina moderna contribuyen a la formación de los futuros médicos, de manera que el humanismo puede y debe ampliar la actitud de solidaridad humana y de interés por el hombre y sus altos valores espirituales y sociales, con técnicas, métodos y conocimientos propios de estas nuevas ciencias. Desde este punto de vista se concibe a la medicina como una de las ciencias del hombre, al cual considera como una entidad bio-psico-social, cuyo estudio, sea hombre enfermo o sano, ha de realizarse con un enfoque multidisciplinario. Podríamos llamar antropología médica a estas ciencias que estudian al hombre como persona sana o enferma que se desenvuelve en una familia, una sociedad y un país determinados. Se trata de integrar puntos de vista, evitar la caída en actitudes unilaterales y también de evitar las disputas entre los sostenedores de unos y otros puntos de vista. Los progresos de las diferentes ciencias y de las técnicas diagnosticadas y terapéuticas, así como las implicaciones filosóficas de unos y otros enfoques, no han tenido un desarrollo armonioso y menos aún parejo. Las ciencias básicas, morfológicas, genéticas, y

de la función; o los procedimientos clínicos y de laboratorio, han consolidado sus métodos y los conocimientos adquiridos; en cambio, la Psicología, la Psiquiatría y la Sociología, si bien tienen ya un conjunto de conocimientos y técnicas definitivamente adquiridos, todavía no logran las grandes sistematizaciones. En efecto, debido a la naturaleza de sus enfoques y métodos específicos, así como a las materias de estudio e investigación (que son las relaciones interpersonales, las condiciones existenciales específicas del hombre y sus específicas potencialidades de salud y de desarrollo mental, espiritual y social; las influencias socio-económicas y culturales, la complejidad de los problemas de la comunidad mexicana y de las realidades médico sociales del país, etc.), estas ciencias particularmente humanísticas y en pleno desarrollo, no pueden ofrecer un sistema de hechos y doctrinas, de métodos y de experimentación, como los que pueden y deben ofrecer las ciencias naturales. Tanto los objetos de estudio, como el desarrollo mismo de las ciencias sociales, requieren de métodos propios, como es evidente. Estas diferencias de métodos existen también en el campo de las ciencias básicas mismas, así como en el de las clínicas y de las terapéuticas especializadas; sólo que al tratarse de fenómenos psicológicos y sociales, sean sanos o enfermos, las diferencias se acentúan más, como es natural.

Las consideraciones anteriores dan cuenta de las dificultades - que deben superarse para lograr una integración y coordinación de criterios, puntos de vista, posturas filosóficas y métodos de trabajo que, a lo largo - del currículum, permitan que el futuro médico aprenda a considerar a sus enfermos como entidades bio-psico-sociales. La experiencia ha demostrado que al exponerse, sin coordinación ni integración, los diferentes sectores de conocimientos necesarios a ese enfoque pluridimensional, el alumno tiene que hacer, por su cuenta, la síntesis de lo enseñado y que la hace muy defectuosamente, pues es víctima de la confusión. Debido a ellos, no sólo no aprende como debiera, sino que en el mejor de los casos, aspira a recibir informaciones "prácticas", pues en la mayoría de ellos su aspiración es pasar sus exámenes, acabar la carrera, sin gran esfuerzo ni interés genuino por la ciencia y su estudio. Esta actitud receptiva es uno de los rasgos caracterológicos del mexicano en general, debido a razones de evolución social é histórica que no es del caso analizar, pero lo que aquí se señala es que la atomización de la enseñanza y su dispersión sin coordinación, integración ni complementación de criterios, favorece aquella confusión y receptividad de nuestros jóvenes. Estas consideraciones nos llevan a exponer otro aspecto metodológico y filosófico; si deseamos estimular el humanismo, el cuidado del ser humano, - su estudio científico con métodos apropiados, su mejoramiento y desarrollo sano; si deseamos que el médico mexicano, como humanista, se interese en la sociedad en que vive y la estudie y la mejore; que contribuya a la aplicación - de las leyes que necesitan del médico como perito, funcionario de salud pública o director de la política sanitaria y asistencial, o de la seguridad social de nuestro país; si deseamos que los más dotados escojan especialidades entre esos diversos caminos que les ofrece la medicina contemporánea, incluyendo las actividades de la investigación y de la enseñanza; si deseamos, en suma, que nuestro futuro médico sea un humanista activo, que comience por ser humano consigo mismo, debemos indudablemente buscar que se interese por sí mismo, por -

su desarrollo armonioso y sano, por superar sus deficiencias, sus problemas vocacionales, de técnicas de estudio, sus actitudes inmaduras frente a muchos aspectos de la vida y, en síntesis, que se haga él mismo un hombre, en todo aquello que este tiene de valor específico, de superior y de humilde, de ciudadano y de profesionista. Dicho de otra manera, las disciplinas humanísticas integradas y coordinadas con las otras unidades pedagógicas que forman el curriculum, deben tender, en todos aquellos casos en que sea pertinente o adecuado, a formar a nuestros jóvenes. El humanista distingue claramente entre instrucción y educación. Mientras la primera consiste en proporcionar al alumno una serie de datos, informaciones, técnicas, en suma, conocimientos, para que los aplique en las ocasiones indicadas, y hace del alumno un receptor y almacenador de técnicas y conocimientos, la educación significa guiar, encauzar, desarrollar y perfeccionar las potencialidades intelectuales y morales del individuo.

La necesidad de contribuir a la formación del carácter y de la personalidad de los alumnos; de completar la instrucción o información, con la educación y la formación, se justifica también desde otros puntos de vista. En efecto, los alumnos son seres humanos en proceso de desarrollo y formación; son seres en transición que están convirtiéndose en adultos durante el tiempo que pasan en la Facultad. Quienes nos interesamos en los múltiples problemas de la juventud mexicana, sabemos que requieren ayuda y cooperación para su maduración emocional e intelectual; que no se las han proporcionado en la forma, calidad y cantidad necesarias, ni los planteles por los que ha pasado previamente, ni la familia ni la sociedad mexicana, que experimentan una transformación acelerada en todos los órdenes; y que es víctima también de influencias nocivas para la salud física, mental y social, cuyos conceptos positivos se identifican con las más altas metas del humanismo. Nuestros alumnos, pues, ingresan a la Facultad necesitando todavía desesperadamente de ayudas fundamentales para su formación no sólo como adultos, sino como hombres. La idea de que el bachillerato capacita para el desarrollo armónico y prepara para asumir las responsabilidades de un estudiante de escuela profesional, no corresponde a la realidad, cualesquiera que sean los motivos y los remedios futuros de esa situación. Por lo mismo la Facultad debe, sin descuidar en lo más mínimo la preparación puramente profesional, educar a sus alumnos en el sentido que se viene sosteniendo. En resumen, poderosas razones de orden pedagógico y metodológico y otras derivadas de la realidad respecto al material humano, que la Facultad debe instruir y formar, imponen a las disciplinas humanísticas del curriculum, necesidades de aplicación práctica, a los propios alumnos. Naturalmente, esta aplicación debe hacerse de acuerdo con las características de las asignaturas y actividades que integran la unidad del curriculum que corresponde al humanismo.

Como se indicó al principio, la profesión médica es científica, técnica, asistencial y humanista y ofrece por ello, tanto al estudiante como al profesional, oportunidades quizá únicas para el desarrollo de su personalidad, y para interesarse en los problemas humanos propios y colectivos. Puede decirse que si el médico ha de aprender las bases y técnicas científicas para cuidar a los demás, debe comenzar, como se dijo antes, por saber cuidar se así mismo. De ahí que, en ciertas disciplinas como la Psicología Médica y

la Medicina Preventiva, el alumno se beneficiará, desde todos los puntos de vista, aplicando a su propia persona y a su propio organismo, aquellas enseñanzas pertinentes que va adquiriendo. En varios campos de estas disciplinas, pues, se estimula al alumno a vivir su enseñanza, por decirlo así. Adquiere conocimientos sobre su propia persona, deficiencias y actitudes inmaduras, - sobre las maneras de funcionar de su propia mente (para su bien o para su - mal) y la aplicación que puede hacer a sí mismo de esos conocimientos le permite apreciar no sólo lo verdadero, válido y científico de los conocimientos y los métodos, sino que le permite también, repetimos, conocerse a sí mismo y le coloca en condiciones de superarse.

Del mismo modo la aplicación a sí mismo o a sus familiares de vacunas u otras medidas profilácticas, le familiariza con las técnicas y conocimientos correspondientes y le beneficia de manera concreta. Principio - rector muy importante de la metodología en la enseñanza de la Psicología y de la Sociología Médica y Medicina Preventiva, es pues, el estimular al estudiante a aplicarse a sí mismo y a los suyos, los conocimientos que vá adquiriendo, con lo cual se cooperará a su formación humanista, al mismo tiempo que a su aprendizaje. En todos aquellos sectores de las disciplinas humanísticas en que ellos es posible, este principio debe aplicarse, sin demérito naturalmente, de la aplicación de métodos o técnicas específicos de cada sector o - asignatura.

Por otra parte, el principio anterior se aplica también organizando otras actividades que, de una u otra, estimulan en el alumno su interés por los grandes problemas humanos, la necesidad de desarrollar su espíritu - de solidaridad, practicando una ética humanista; su capacidad creadora y su obligación de cultivarse en los más vastos campos de la actividad humana. Por ello, los Departamentos de Psicología Médica y Salud Mental, de Sociología Médica y Medicina Preventiva; de Historia de la Medicina y Enseñanza Complementaria, tienen a su cargo organizar, con la participación de los estudiantes, otras actividades extra-cátedra. Exhibiciones cinematográficas; actividades teatrales o artísticas de los propios alumnos; tutorías a familias cuya evolución y vicisitudes deben seguir, estudiar y remediar, por algunos años, los alumnos tutores; visitas a establecimientos especiales como museos, cárceles, etc.; y la práctica de deportes organizada por un departamento especial, complementan este ambicioso plan de unidad pedagógica del humanismo en la Facultad, promoviendo al mismo tiempo la salud integral de los educandos. Su desarrollo encuentra serias limitaciones materiales y aún resistencias por incomprensión de algunos; pero su eficacia, su legitimidad científica y humana, y sobre todo, su desarrollo completo en el futuro, prometen frutos y realizaciones de verdadera importancia.

Finalmente, algunas de las disciplinas humanísticas, por su propia índole, como la Psicología y la Sociología, deben realizar su integración a lo largo del curriculum y no sólo por medio de una cátedra establecida en tal o cual año de la carrera; y coordinarse en el nivel de un mismo semestre de estudios, con las demás materias que lo componen. Hay pues, una integración y coordinación verticales, a lo largo del curriculum y otras integraciones y

coordinaciones horizontales con las demás asignaturas del semestre en cuestión.

Son funciones del Departamento de Psicología Médica y Salud Mental:

- a) Integrar, por medio de la enseñanza, el criterio médico-psicológico con los demás criterios (anatomoclínico, biológico y fisiológico) que presiden la formación de profesionales de la medicina, quienes deben conocer enfermedades, enfermos y personas, para el eficaz ejercicio de la profesión médica, considerando al enfermo como una totalidad bio-psicosocial;
- b) Organizar servicios y actividades extra cátedra, con el objeto de contribuir a la formación humanista de los alumnos y
- c) Realizar investigación sobre problemas pedagógicos y de salud mental de la Facultad.

La enseñanza de la Psicología Médica se realiza prácticamente a todo lo largo de la carrera, integrándose así, verticalmente, en todo el currículum.

El objeto del Curso "Introducción a la Medicina Humanista" - implantando en el primer semestre de la carrera, es iniciar al alumno en el estudio de la Psicología Dinámica, como parte integrante de la Medicina; - guiándolo hacia un concepto humanista del ejercicio médico y estimulándolo para el estudio de la naturaleza humana.

Pero fundamentalmente este Curso es formativo y debe permitir al alumno conocerse así mismo en la medida de lo posible y ayudarlo a estudiar sus problemas emocionales y su propia vocación. Esta es la parte formativa y fundamental para los alumnos de primer ingreso.

Los alumnos deben aplicar a sí mismos los conocimientos de Psicología que van adquiriendo; así como esforzarse, bajo la guía del profesor, por conocerse a sí mismos y superarse. Para ello se recurre a diferentes procedimientos:

- 1) Información proporcionada por los alumnos sobre las razones de su decisión para hacerse médicos;
- 2) Cinco cuestionarios que contestan en las primeras clases y que son:

- a) Uno relativo a su formación cultural general;
- b) Otro socio-económico;
- c) Otro que investiga los diferentes vectores de la personalidad tales como: actitud frente a la verdad y capacidad de crítica; capacidad en relaciones humanas; seguridad y decisión ante situaciones difíciles; sensibilidad; forma y riqueza de las reacciones emocionales; capacidad de amar; respeto por la vida; sentido de responsabilidad; actitud filosófica ante la vida; discreción; orientación biológica médica, etc.
- d) Cuestionario de intereses vocacionales.
- e) Cuestionario de Hábitos de Estudio.

Además, se les pide un relato autobiográfico en el cual deben autoclasificarse según la caracterología expuesta en la cátedra y analizar su propia personalidad.

Otros trabajos más deben ser hechos por los alumnos, con lo que se integra un expediente personal para cada uno de ellos. Con ese material y la participación activa de los alumnos, se hace el estudio de sus respectivas personalidades y sus diferentes problemas, en grupos de 15 a 20 alumnos. Este trabajo es el más importante del curso y contribuye a la formación humanista de los alumnos, así como a mejorar sus actitudes inmaduras y sus hábitos de estudio y de trabajo. Cada alumno, al terminar el Curso, está en condiciones de superarse y de confirmar o rectificar su elección de profesión. Cuando el alumno lo solicita, ó a invitación del profesor, puede recibir hasta 5 consultas individuales en el Consultorio Médico Psicológico que el Departamento tiene a su disposición. En este caso, los psicólogos del Departamento aplican además, aquellas pruebas psicológicas complementarias que solicita el profesor. Este es, en resumen, un profesor guía o consejero de sus alumnos.

Como resultado de este trabajo formativo surgen en los alumnos inquietudes científicas, filosóficas, o artísticas, que el Departamento estimula organizando en cooperación con el Departamento de Sociología Médica y Medicina Preventiva, actividades extra cátedra, o grupos de estudiantes interesados en otras actividades.

Además, se imparten conocimientos sobre técnicas de estudio de la Medicina y se hacen exámenes de ensayo para familiarizar al alumno con los procedimientos de examen.

En el segundo semestre se imparte el "Curso de Psicología Médica", cuyo objeto es estudiar la personalidad y el carácter en su relación con la salud mental y la enfermedad. Este curso es menos formativo que el de Introducción a la Medicina Humanista, pues es una introducción general a la Psico-

logía Médica y a la Psiquiatría. Su ubicación en el segundo semestre sirva para preparar al estudiante antes de su acceso a las prácticas de hospital que tienen lugar al siguiente año. El temario de este curso incluye los postulados generales de la llamada "Medicina Psicosomática"; Psicofisiología y Psicopatología de los aparatos respiratorios (el asma, la angustia, rasgos psicológicos del enfermo tuberculoso, etc.); Psicofisiología y Psicopatología del aparato digestivo (importancia de los fenómenos emocionales en la anorexia, la úlcera péptica, diarreas, cólon irritable, el enfermo vesicular, etc.); Psicofisiología y Psicopatología del aparato circulatorio (el enfermo cardíaco, la neurosis cardíaca, el infarto, la hipertensión). Psicofisiología y Psicopatología con estudio de diversos síndromes en los aparatos genitourinarios, músculo esquelético, la piel, etc. Se hace un mayor énfasis en la importancia de la relación médico-enfermo y en la técnica de la entrevista y el curso se ilustra con algunas demostraciones clínicas. A partir del 4/o. semestre se imparten conocimientos sin cátedra propiamente dicha. En efecto, en este 4/o. semestre el Departamento coopera en el curso de Introducción a la Clínica. Este curso está a cargo de diferentes profesores y los miembros de nuestro Departamento revisan las técnicas de la entrevista, la naturaleza de la relación médico-enfermo; este trabajo se hace en el Hospital con los pacientes mismos. Se insiste en la elaboración de un expediente clínico, más que una historia clínica, en el cual se incluyen los aspectos biográficos y psicológicos de los enfermos. Tarea importante de los profesores del Departamento en este curso de Introducción a la Clínica es combatir la deshumanización del Hospital y del enfermo, participando en seminarios con otros profesores.

Este último procedimiento se sigue empleando con participación más restringida en los demás Cursos de Clínica, en los cuales es el profesor de Clínica el que solicita la intervención del psiquiatra para el estudio concreto de aquellos enfermos en los cuales los problemas emocionales le parecen importantes.

Finalmente, imparte el Departamento un Curso de Clínica de Psiquiatría, cuya enseñanza se ubica en uno de los semestres dedicados a la clínica neurológica que se hace separadamente pues es nuestra decisión desde hace años, que las enseñanzas neurológicas y psiquiátricas deben impartirse separadamente. La enseñanza de la Clínica Psiquiátrica está regida por estos principios ideales: emplear medidas que estimulen al estudiante y le permitan utilizar en su profesión de médico general los conocimientos adquiridos; el criterio etiopatogénico es ecléctico sin inclinaciones unilaterales indebidas respecto a lo "orgánico" o lo "psíquico". Se estudia al enfermo integralmente subrayando la importancia de aquel aspecto que predomina y que tenga influencia para el diagnóstico y el tratamiento. Se insiste en demostrar como, en general, el enfermo mental es el tipo de enfermo específicamente humano y también se señalan las diferencias de la Neurología y la Psiquiatría como especialidades. Estas diferencias se reúnen en el siguiente cuadro:

CUADRO COMPARATIVO DE LOS CAMPOS FUNDAMENTALES DE LA NEUROLOGÍA Y DE LA
PSIQUIATRÍA

	Neurología	Psiquiatría
Objeto de estudio	El sistema nervioso, sus funciones y alteraciones	El comportamiento, los sentimientos y el pensamiento humanos. (Normales y enfermos).
Método	Anatomo-Clínico y experimental. Lenguaje tradicionalmente médico. - Exploración física y de gabinete, fundamentales.	Se trata de comprender a una persona humana en función de su biografía, sus acciones, sus sentimientos, lenguaje, especial. La exploración física poco importante. Pruebas psicológicas más importantes que las de laboratorio clínico. Diagnóstico y pronóstico fundados en criterios diferentes a los tradicionales médicos.
Ejercicio Profesional	No es diferente del de otras ramas de la Medicina. La acción es precisa y limitada. Es un ejercicio clásico, de consultorio y hospital.	No es tradicional ni clásico sino un ejercicio nuevo. La acción es a veces; limitada en el tiempo. Se enfatiza la relación interpersonal médico enfermo (psicoterapia) y se tiende a establecer Servicios Psiquiátricos en los Hospitales generales.
Finalidades y recursos terapéuticos	Restitución y reparación anatomo-clínica de las lesiones. Uso de drogas, de cirugía y de rehabilitación física.	Restitución de la salud mental y reincorporación a la sociedad. Uso de drogas, terapia ocupacional y psicoterapia. La persona del médico psiquiatra es instrumento terapéutico fundamental.

	Neurología	Psiquiatría
Enseñanza	Clásica: cursos teóricos y demostraciones - clínicas. Importancia de la anatomía patológica y del estudio post-mortem.	También teoría y práctica clínica; pero importancia especial de la formación humanista. Necesidad del psiquiatra, de conocerse a sí mismo.

Si bien el cuadro anterior se refiere a la Neurología y a la Psiquiatría como especialidades, se incluye y se desarrolla en la enseñanza, precisamente para orientar al estudiante hacia una posible especialización según su vocación. Al mismo tiempo, se trata de demostrar lo inútil y aún perjudicial, de la querrela que tiene lugar en todo el mundo entre los llamados "organicistas" y los "psicogenetistas". El criterio es que la Neurología estudia los síndromes neurológicos que desintegran los instrumentos de la vida en relación, es decir, trastornos sensoriales, motores, del tono, funciones gnósicas, verbales, etc., y algunas enfermedades cerebrales (arterioesclerosis, infecciones, tumores) con síntomas mentales, generalmente de tipo deficitario; es decir, la Neurología estudia una patología de órganos; en cambio; la Psiquiatría, si bien se basa, para la comprensión de la enfermedad mental, en conocimientos neurofisiológicos, bioquímicos y biológicos, estudia el comportamiento, los sentimientos, las ideas, las actitudes, del todo integrado que es la persona, ubicada en un mundo socio-económico y cultural que le es específico o sea, que la patología que estudia la Psiquiatría, es una patología de la integración psíquica de la vida de las relaciones interpersonales. Y por esta razón, la Psiquiatría requiere de los conocimientos de la Sociología, la Antropología Cultural y otras ciencias sociales y del comportamiento. Y sólo comprendiendo este criterio, se puede entender también porque la Psiquiatría contemporánea influye sobre toda la medicina y las especialidades, contribuyendo a comprender, pues no siempre es posible curar, la génesis y el desarrollo de los llamados padecimientos "psicosomáticos". Lo que interesa aquí es que la enseñanza de la Psiquiatría al médico general, se hace con el criterio de insistir en lo específicamente humano no sólo de las enfermedades mentales, sino de otras que aunque con sintomatología orgánica evidente (las llamadas psicossomáticas, no comparte el hombre con los animales).

Por su parte, el Departamento de Sociología Médica y Medicina Preventiva desarrolla sus labores tanto en cátedras específicas como integrando a lo largo de la carrera las enseñanzas fundamentales relacionadas con el saneamiento ambiental, la epidemiología y la estadística, control de alimentos y bebidas y de la fauna transmisora, etc. Inicia a los alumnos a aplicar los ---

conocimientos adquiridos a grupos familiares de la comunidad y en cooperación con nuestro Departamento se iniciaron trabajos relacionados con las tutorías familiares. Lo numeroso de los alumnos y las dificultades materiales no han permitido un desarrollo amplio de estas tutorías. Trata también este Departamento de problemas médico-sociales de la comunidad mexicana, campañas sanitarias y de educación higiénica, la medicina del trabajo, etc.

Antes de salir a su Servicio médico social, los estudiantes reciben un cursillo de orientación y adiestramiento impartido con la cooperación de la Dirección de Servicio Médico-Rurales Cooperativos de Psicología Médica. Los pasantes, distribuidos en las distintas áreas del país, siguen en contacto con el Departamento de Sociología Médica y Medicina Preventiva que contesta sus consultas para el mejor desempeño de sus labores.

En resumen: Se aprovecha la enseñanza de la Psicología Médica, la Psiquiatría y la Sociología Médica y la Medicina Preventiva, para formar médicos humanistas interesados en los problemas humanos y médico-sociales del país. Los principios rectores son: La integración y la coordinación verticales y horizontales; la concepción del hombre como entidad bio-psico-social; la aplicación de los conocimientos pertinentes a sí mismo, interesando a los alumnos en su propia salud tanto física como mental; estimular el interés en los problemas de la comunidad mexicana, postulándose siempre una ética que coloca en el primer lugar de los valores, al hombre mismo. La realización de estos principios encuentra por supuestos dificultades y resistencia, como las encuentra en la sociedad contemporánea mecanizada e industrializada, todo intento de volver al hombre en su naturaleza específica. Algunas de estas dificultades son insuperables según las plantean médicos que piensan que la medicina es solamente una ciencia natural.

Las dificultades disminuyen hasta cierto punto o se pueden superar, si la Facultad está organizada con Departamentos. En efecto la organización departamental facilita la coordinación, la integración y la evaluación de la enseñanza, independientemente de que permite realizar investigación científica. Nuestro Departamento realiza alguna investigación, de acuerdo con sus escasos recursos. Los temas centrales de nuestras investigaciones son por supuesto los problemas emocionales de los estudiantes de medicina. Periódicamente exponemos ante los estudiantes mismos nuestros hallazgos de su problemática en "Jornadas Pro-Salud Mental" en las cuales participan los estudiantes mismos exponiendo sus puntos de vista. Otras investigaciones se realizan en el Hospital General tanto en el campo de la medicina psicosomática como en la de los factores psicosociales en la población general del Hospital, incluyendo enfermos y personal. Pensamos en efecto que los criterios aquí sustentados requieren de la investigación empírica y de la demostración clínica, partiendo de la realidad en que vivimos, y que mientras más estudios de esta índole se realicen y se conozcan, los criterios que sustentan nuestra enseñanza y nuestra actividad tendrán menos resistencias y serán mejor aceptados.

SEGUNDA MESA REDONDA: "LA ENSEÑANZA DE LA PSICOLOGIA Y DE LA SOCIOLOGIA
EN LA FORMACION DEL MEDICO"

Dr. Humberto Rotondo (Perú)

LA TEORIA COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

1. Base teórica.

Esta ponencia representa un intento de sistematización de conceptos básicos de las llamadas ciencias del comportamiento ó de la conducta (Psicología, Sociología, Antropología cultural), fundamentalmente de una comprensión del contexto psicológico, social y cultural de la enfermedad y del cuidado médico. Desde un comienzo recordaremos a Alfred North Whitehead cuando escribía: "En todo pensamiento sistemático hay un dejo de pedantería. Dejamos aparte nociones, experiencias y sugerencias con la fina excusa de que naturalmente no pensamos en tales cosas....Tener sistema es importante. Es necesario para el manejo, la utilización y la crítica de los pensamientos que irrumpen en nuestra experiencia....Debemos ser sistemáticos. Pero es preciso que dejemos abiertos nuestros sistemas: debemos sentir sus limitaciones". (1)

Nuestra ponencia es de índole "teórica" en cuanto expone conceptos é hipótesis que pueden utilizarse a manera de instrumentos de trabajo en situaciones concretas: la relación médico-paciente, el diagnóstico, el análisis de los diversos factores psicológicos, sociales y culturales que pueden facilitar o dificultar las diversas intervenciones preventivas (primarias, secundarias y terciarias), la comprensión de cómo se utilizan los recursos médicos, etc.

En vez de presentar un grupo de conceptos de una determinada disciplina presentamos aquí conceptos interrelacionados de la Psicología, Sociología y Antropología de tal suerte que sin llegar a la pretensión de un sistema puedan servir al futuro médico para desarrollar una mejor comprensión de las situaciones concretas implicadas en su práctica cotidiana. El médico al enfocar su atención en la salud de una comunidad específica o en un paciente y su familia está siempre ante situaciones sociales muy concretas en que operan simultáneamente factores psicológicos, (actitudes, estados emocionales, etc.) y culturales (valores, costumbres, creencias, etc.).

* Profesor Principal de Psiquiatría, Asignatura "B"
Jefe del Departamento de Ciencias Psicológicas,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

En la vida siempre estamos en situaciones específicas y nunca en situaciones generales, esto no quiere decir que no utilicemos cualquier generalización válida aplicable a la situación específica.

2. El Método clínico en las ciencias del comportamiento.

El método de estudiar los fenómenos sociales como un todo, sin ignorar ninguna variable presente, psicológica y cultural, recibe el calificativo de "clínico"; siguiendo el método clínico al estudiar al paciente y a su familia, al paciente en relación con el médico, o a una determinada situación (Centro de Salud, Hospital, etc.) prestamos atención a todos los factores presentes, y sin preconcepto señalamos su importancia relativa tal como se dan en un "ahora" y un "aquí".

Este enfoque clínico, individual o "idiográfico" no se opone al empleo de esquemas conceptuales orientadores, resultado de generalizaciones obtenidas de la familiaridad o experiencia propia o ajena con muchas situaciones parecidas. Usando así un esquema conceptual se ordenan los hechos similares en ciertas categorías, esto es lo que permite comparar las nuevas situaciones con las ya conocidas o familiares. En este caso podemos ignorar las diferencias y prestar preferente atención a las semejanzas, sin embargo a través de un estudio, siguiendo el método "clínico reconocemos, además las diferencias significativas presentes en la situación concreta analizada. En toda situación concreta realmente se encuentran una variedad de factores, relacionándose entre sí, otorgándole una configuración especial o "individualidad".

El "método clínico" en las ciencias del comportamiento no es reñido con el empleo sobrio de la teoría. Son útiles las teorías de nivel intermedio que de acuerdo a la formulación de Robert K. Merton (2) son de alcances limitados y operan a través de hipótesis menores de trabajo para los fines del trabajo cotidiano de investigación. Resultan un recurso o medio que permite observar sobre la base de cierta hipótesis, ciertas relaciones entre un hecho o acontecimiento y otro; así, siguiendo el modelo ecológico de la enfermedad prestamos atención a las interacciones entre el organismo humano, las noxas y el medio ambiente (social, cultural, psicológico, biológico, físico); un concepto valioso, el de las relaciones directas entre motivación y aprendizaje nos lleva a determinar las condiciones que puedan estar asociadas a escaso aprendizaje, precisando al lado de otros factores, si hay o no interés por la materia señalada, etc.

La teoría, entendida de esta manera, es un conjunto de orientaciones que nos llevan a observar ciertos hechos y a tener en cuenta determinadas variables. A veces escuchamos de la inutilidad de la teoría en la enseñanza médica. Sin embargo nada es más práctico que una buena teoría en cuanto esta nos ayuda a ordenar los fenómenos observados y a verificar luego las hipótesis empleadas.

3. La función de la teoría en las ciencias del comportamiento.

Una teoría cumple funciones: 1^o nos conduce a observar ciertas relaciones que sin ellas no hubiéramos podido registrar; 2^o permite incorporar hechos a través de leyes que pronostican acontecimientos, así conociendo la manera como interpreta una persona o grupo de personas una determinada situación podemos predecir un probable comportamiento, de ésta si sabemos de las creencias culturales de una madre ante la diarrea de su hijo, por ejemplo cuando sostiene que proviene del "ojeo", como es frecuente de hallar en nuestra población mestiza, podemos adelantar, con gran probabilidad, de que llamará al curioso o curandero y no se acercará a la posta médica vecina; 3^o nos lleva a atender ciertos hechos, por ejemplo, a los aspectos subjetivos de una situación o sea cómo la interpretan o perciben quienes se hallan en ella, y no solamente a lo que nosotros podemos observar, desde fuera, sin colocarnos en la perspectiva y experiencia del otro; este empleo de conceptos fenomenológicos es el que permite comprender temores e incertidumbres de una determinada persona con manifestaciones de enfermedad crónica que apenas le limita objetivamente en su capacidad funcional.

4. El mal empleo de la teoría.

Las teorías, explícitas o implícitas, consisten en generalizaciones que resultan de abstraer aspectos comunes de acontecimientos que pueden diferir en detalles y formas; así sabemos que la identificación con los propósitos u objetivos de una institución resulta un factor más de motivación en la actividad de sus miembros, que a una grave pérdida suele seguir un estado depresivo. No debemos olvidar inconvenientes que pueden presentarse en el trabajo con teorías: las preferencias por cierto tipo de teorías no validadas en la experiencia, o que se tienen como "dogmas" de fé. Edward J. Shoben (3) llama "teoría implícita" de la personalidad, y lo mismo puede decirse con respecto al comportamiento social, a aquella no consciente derivada de la propia experiencia, pero no validada, y "constituida" primariamente por supuestos no manifiestos o encubiertos acerca de las maneras cómo se comporta la gente y del significado relativo de las diferentes clases de comportamiento". "En la medida que nuestra elección de una teoría -manifiesta Shoben- depende de algo más de una consistencia interna de un sistema de ideas, su grado de comprensibilidad, o del grado en que se respalda por el criterio de la validación científica, parece a lo menos que son determinativos factores personales y temperamentales". "En el dominio psicológico no es sorprendente pues que los criterios mediante el cual a menudo evaluamos una teoría son nuestras propias experiencias, nuestras ideas previamente desarrolladas acerca de las maneras en que los hombres se comportan o deben comportarse y nuestro conjunto particular de valores en relación a uno mismo y a los demás". Hartmann, Kris y Loewenstein señalan por su parte: En muchos casos es extremadamente difícil distinguir en que punto cesa la teoría y empieza la observación. El extremo en una dirección se halla en aquellas historias de casos en que la "teoría" se presenta

como información....Esta circunstancia se plantea cuando la suposición de la que parte el clínico se halla tan arraigada que indicios mínimos y finalmente sin ninguna base objetiva le sugieren desde un comienzo lo que va a esperar....Una actitud cauta.. provee suficiente protección ante esta situación....al buscar información para confirmar o desaprobar sus hipótesis sopesando sus interpretaciones en relación a las subsiguientes reacciones del paciente". "En este sentido la validación es un proceso lento y gradual en que se sopesa el discernimiento derivado de muchas experiencias". (4)

Este planteamiento coincide con la noción de la teoría como instrumento de trabajo, con lo que Shoben denomina el "dominio sobre la teoría".

II

LA INTEGRACION DEL METODO EPIDEMIOLOGICO CLINICO Y DEL ENFOQUE SITUACIONAL COMO UN MEDIO DE ANALIZAR DATOS SOCIO CULTURALES Y PSICOLOGICOS CON OBJETIVOS MEDICOS.-

1. Método clínico y epidemiología clínica.

El método clínico es un método aplicado, utiliza conocimientos, principios y técnicas generales con fines prácticos: a) el estudio, b) el diagnóstico, c) el pronóstico, y d) el tratamiento de un individuo determinado.

El estudio individual procede también conforme los principios del método científico: a) se observa y examina sistemática y críticamente, b) se determinan, previa hipótesis y conformación probables factores causales.

a) En ciencias básicas el individuo no es objeto de atención excepto como ilustración de fenómenos uniformes o regulares. Por ejemplo instancias específicas del comportamiento, en determinadas circunstancias, se unen a otras similares, obtenidas en otros individuos que forman el conjunto (N) de la población en estudio.

b) No se estudia primeramente al conjunto del individuo sino al fenómeno, éste es observado, aislado y medido.

c) El método, no clínico, está interesado en el descubrimiento de generalizaciones acerca de fenómenos naturales, el método clínico en el estudio y tratamiento de casos o situaciones individuales, el individuo o la situación y no la ley general es el foco.

d) El método clínico estudia todos los factores presentes en el caso o situación individuales que puedieran contribuir al acondicionamiento del problema o trastorno en estudio.

No olvidar, sin embargo, que no existe una ciencia del individuo aparte de la ciencia en general que trata de los seres humanos y vivos, etc.

a) En el método clínico se utilizan los mismos objetivos de descripción, clasificación y explicación como en el método científico.

b) El método clínico busca la objetividad y la cuantificación.

c) El método clínico es aplicativo. Aplica conocimientos generales válidos, probados, para explicar el trastorno, predecir su curso (pronóstico) y tratarle. Consiguientemente busca hacer algo, hay una práctica, sobre la base de lo aceptado como válido.

El método clínico, tradicionalmente, se ha basado en un modelo de interacción médico-paciente.

Este modelo es, en verdad, una abstracción pues omite realidades operantes, a) los "standars" del comportamiento profesional incorporados en el médico, y b) la situación social inmediata del paciente, su familia, nexos con el sistema sociocultural más amplio.

Este esquema de referencia permite, cuando se aplica un enfoque epidemiológico clínico, tener en cuenta el ambiente en que se desarrolla la enfermedad.

2. Método epidemiológico clínico.

Se define la epidemiología como la ciencia médica que

estudia la ocurrencia y distribución de la enfermedad y, por tanto las circunstancias en que aparece, se agrava o desaparece, intentando, así responder a preguntas acerca del porqué y del cómo del inicio, curso y término de las enfermedades.

Entendida, así, en sentido amplio vá más allá del estudio de las epidemias y se le considera como el estudio de la ecología de la enfermedad en tanto estudia las relaciones mútuas entre el hombre y su ambiente, viendo la salud y la enfermedad como posibles resultados de esa interacción. De este modo todas las enfermedades tienen su epidemiología: las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas, los suicidios, accidentes de tránsito, el alcoholismo, los desórdenes emocionales, etc. En una palabra la epidemiología se refiere a cómo ocurren las enfermedades y accidentes, con qué frecuencia se presentan, como se diseminan y qué factores externos e internos son responsables de ello. Al estudiar una enfermedad se ha de determinar cuantos pacientes están presentes en la población y cuando se presentan. Lo importante está en reconocer los casos leves e incipientes, con síntomas de intensidad mínima, pues esto nos permite: a) apreciar en toda su extensión actual y posible la patología en estudio; b) y, sobre todo, reconocer a tiempo las causas de ocurrencia de esos trastornos.

De acuerdo a puntos de vista tradicionales el epidemiólogo estudia poblaciones y el clínico, pacientes. Esta oposición artificial se supera teniendo en cuenta realidades sociales operantes, lo perciba o no el clínico, y que afectan la condición del caso en estudio y recíprocamente esta realidad social operante e inmediata es la de su familia y la del "habitat" en que se halla instalada.

De esta suerte al interesarse el clínico por el ambiente inmediato (social, biológico y físico) hace epidemiología al estudiar las diversas circunstancias en que ha aparecido, se ha agravado o ha mejorado la enfermedad que estudia y trata.

La epidemiología clínica parte del individuo enfermo para estudiar luego la salud, las condiciones de vida, sociales y psicológicas, de todo el conjunto humano que vive bajo un mismo techo, para estudiar luego su sistema exterior, el vecindario, el grupo parentesco, de trabajo, etc. con los que se relaciona.

Al tenerse en cuenta dichas circunstancias inmediatas, próximas, en que vive el individuo: 1) se explica mejor el cuadro clínico; 2) se puede estudiar a los miembros del grupo doméstico expuestos al riesgo de enfermedad; 3) y en general pueden observarse y estudiarse las tensiones psicológicas, las condiciones sanitarias del "habitat" que operan sobre el grupo, afectando su salud; 4) las transacciones interpersonales entre el paciente y el grupo al que pertenece en la medida que son positivas o negativas para la salud y el bienestar de todos ellos. En una palabra se pueden detectar circunstancias que pueden incrementar las vulnerabilidades o disminuir resistencias biológicas y psicológicas de todo el grupo doméstico.

La epidemiología, además, tiene un importante aspecto práctico que se refiere, precisamente, a cómo alterar o modificar esas circunstancias que se descubren a fin de prevenir o detener o aliviar los desórdenes, alteraciones o trastornos.

La familia es la unidad epidemiológica fundamental para cualquier médico que intente el enfoque epidemiológico clínico.(5)

Se comienza considerando a la familia del paciente como una unidad (domiciliaria) a estudiarse como un "caso" que incluye al paciente. Esta merece una historia o anamnesis, un examen, un diagnóstico.

La comprensión de la enfermedad empieza:

- a) observando primero al paciente.
- b) luego su familia, el hogar.
- c) el taller donde trabajo y luego
- d) su vecindario.

Inicia su labor con el examen del individuo y lo extiende al ambiente donde éste se enfermó y donde puede agravarse o enfermarse de nuevo.

El método epidemiológico clínico permite superar la separación neta entre la medicina clínica y epidemiología. La medicina clínica generalmente presta atención al llamado período manifiesto o clínico de la enfermedad, en cambio la epidemiología provee una base para describir lo que se sabe de la historia natural de la enfermedad y la atención se extiende al tomar en cuenta, además del período de interacción "huesped" agente patógeno, todos los aspectos del ambiente (físicos, biológicos, sociales, culturales, psicológicos) que han facilitado esa interacción. El epidemiólogo clínico, que debe ser todo médico, sigue el mismo procedimiento al estudiar una variedad de hechos, eso sí circunscritos al pequeño grupo observado (la familia etc.) y que han influido sobre la situación responsable de la enfermedad del caso en estudio. Esto con fines preventivos tanto en relación al individuo como a todos aquellos que se encuentran en íntima relación con él, en el grupo familiar, de trabajo, escuela etc.

3. Macro y microperspectiva socio-cultural y epidemiología clínica.

Al considerar los factores socio-culturales en la enfermedad, o sea en el estudio de la ecología de la enfermedad, podemos ir desde una amplia perspectiva o macroperspectiva hasta una limitada, circunscrita o microperspectiva. Desde la primera podemos estudiar la incidencia y prevalencia de enfermedades en personas ubicadas diferentemente en la estructura social, podemos determinar los "stresses", privaciones y riesgos para enfermar. Bajo la macroperspectiva enfo-

camos nuestra atención a los llamados grupos secundarios o a grandes poblaciones con determinadas características sociales o culturales; en este caso a propósito de una determinada morbilidad, por ejemplo tuberculosis o alcoholismo, tomada como variable dependiente podemos estudiar como variable independiente social o cultural desde un país o región atendiendo al grado de su desarrollo, una clase social, grupo étnico (indios, mestizos, etc.), una determinada categoría ocupacional etc. Esta amplia perspectiva de índole nomotética, proporciona generaciones aplicables a grupo pequeños y a los individuos que pertenezcan a dichos amplios conjuntos.

En cuanto a la microperspectiva socio-cultural enfocada hacia los pequeños grupos y a los individuos diremos que en ella convergen las amplias perspectivas mencionadas. Siguiendo a George Homans en su análisis de los pequeños grupos recordaremos que son totalidades estructuradas que implican fronteras y un ambiente exterior con el que mantienen transacciones indispensables para su sobrevivencia y funcionamiento. El ambiente exterior, puede didacticamente "desmembrarse en tres aspectos principales: físico, técnico y social, todos los cuales se encuentran interrelacionados" (G. Homans) (6). Ahora bien, al analizar el comportamiento social, el funcionamiento de los pequeños grupos o sea de los grupos primarios, de naturaleza íntima y duradera (familia, grupo de trabajo, escuela, etc.) nos hemos de preguntar siempre: ¿Cuál es la naturaleza del ambiente del grupo?, ¿Sobre vive el grupo en ese ambiente?, y si el grupo sobrevive ¿cuáles son los límites que esta condición coloca sobre las interacciones, las actitudes y las actividades del grupo? ¿Qué facilidades o dificultades encuentra para su funcionamiento o para la satisfacción de sus necesidades básicas?. Como vemos, inevitablemente la perspectiva microsocia, tal cual se da en el enfoque epidemiológico clínico, lleva a una consideración a los sistemas sociales exteriores, al lado de otras condiciones, del grupo primario, la unidad epidemiológica, la familia, a la que pertenece todo paciente.

Ahora, si pasamos de una consideración del pequeño grupo a la del individuo veremos que lleva estampada en su personalidad, en sus formas de reaccionar, el impacto de su cultura y de su sociedad como consecuencia de su lugar particular que ocupa en la vida que le han enseñado mal o bien, a desempeñar ciertas funciones o roles para su desenvolvimiento en los diversos grupos a los que pertenece o ha de pertenecer. No nos vamos a referir a los diversos "stresses" y privaciones, social y culturalmente condicionados, que ponen a prueba sus capacidades de adaptación, biológicas y psicológicas, sino más bien trataremos de sintetizar un método de estudio de las situaciones humanas que puedan servir para todo trabajo sea con el individuo sano, en el que hay que promover la salud, o con el enfermo, al que se ha de restaurar la salud, y naturalmente con el grupo familiar que ha de protegerse.

4. El enfoque situacional.

El enfoque situacional es una aproximación amplia para el

estudio de cualquier situación humana permitiendo una consideración de todos los factores sociales, culturales, psicológicos que estuvieran presente, sin prejuzgar acerca de su valor relativo, cosa que empíricamente ha de determinarse en cada caso. Este enfoque iniciado por William I. Thomas (7) es apenas un sobrio esquema de referencia, una teoría de nivel intermedio en el sentido que le dá Robert K. Merton, para los fines de la labor cotidiana de investigación que puede y debe llevar a cabo todo médico, sea que trabaje con comunidades, o con pacientes y sus familias.

1.- El comportamiento humano sólo ocurre en ciertas condiciones que pueden representarse por el concepto de situación.

2.- La situación humana a menudo incluye algunos factores comunes tanto para el observador como para el actor (es) o personas implicadas, a saber: el ambiente físico, normas sociales y el comportamiento observado de otros. Para esto el punto de partida es una descripción empírica de lo observable, los llamados aspectos "objetivos" de la situación.

3.- La situación humana incluye, también, factores que sólo existen para los "actores" o personas implicadas en ella, se trata de cómo perciben la situación, esto es lo que significa para ellos o como dice W.I. Thomas "su definición de la situación". De otro lado y en esto hay una coincidencia con la posición fenomenológica y existencial de Carl Rogers, lo subjetivo debe ser comprendido en su carácter real, tal como lo vive la persona o como expresa Rogers desde su "esquema interior de referencia".

"La situación total contará siempre con más o menos factores subjetivos y el comportamiento humano se puede estudiar sólo en conexión con el contexto total, la situación total tal como existe en términos objetivos verificables y como ha parecido existir en términos de las personas interesadas" (W.I. Thomas). Cada individuo o cada grupo viene a la situación con una experiencia diferente, una diferente perspectiva y esto a su vez puede llegar a ser un factor en la situación total, conducente a diferentes "definiciones de la situación" y por consiguiente a diferentes comportamientos que se condicionan como resultado de esas interpretaciones. La definición de la situación es la que, desde el punto de vista de una persona, por ejemplo un paciente, nos va a permitir comprender sus reacciones ante los diversos stresses a los que se vé expuesto o ha estado sometido, o dicho de otro modo en función de cómo los percibe...La "definición de la situación es el eslabón que une la experiencia pasada y el comportamiento adaptivo a la situación; el carácter de la definición o "interpretación" o "punto de vista" en cualquier situación (enfermedad, accidente, hospitalización, intervención quirúrgica, vacunación, etc.) dependerá de la convergencia de toda una variedad de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. En este análisis precisa determinar cuanto hay de cultural o de compartido en la "definición de las situaciones" y cuanto hay de personal o de único. Las definiciones de grupo o sea

las que estan en relación con los valores, puntos de vista de los grupos de referencia actuales o futuros son sólo un elemento al lado de los individuales que incluyen también factores constitucionales. A este respecto, el rechazo a la enseñanza de ciencias sociales en algunos estudiantes de medicina, la manera cómo interpretan sus posibilidades ¿no estará en relación con un proceso de socialización anticipada conforme un modelo individualista del ejercicio de la Medicina?.

4.- Los procesos sociales, tal como se dan en la vida real, se hallan representados por una serie de situaciones que despiertan respuestas, no siempre apropiadas por parte de los implicados. Se trata siempre de una sucesión fluida de situaciones que puede y deben dividirse, para fines específicos de estudio, en segmentos identificables bajo términos de duración, lugar, temas o asuntos básicos a resolver, a veces verdaderos "desafíos" para emplear la terminología de A. Toynbee, o situaciones de "crisis", concepto introducido por W.I. Thomas y que ha resultado de incalculables proyecciones aplicativas con Eric Lindemann y Gerald Caplan (8) en Psiquiatría Preventiva. En estos casos se trata de alguna enfermedad grave o accidente, la muerte de una figura significativa, el desempleo, una deserción etc. Sin embargo, atendiendo a propósitos específicos, se enfocará más a un aspecto que a otro, sin olvidar, naturalmente, la interrelación de todos ellos y su repercusión en el "foco" de nuestra observación.

5.- Al estudiar un comportamiento en una determinada situación se prestará atención sucesivamente a la actitud, el "valor" y a la situación. De esta manera se tienen en cuenta factores psicológicos, que en ciertos casos, pueden ser decisivos, en otros de menor peso frente a los factores sociales, cosa que hay que determinar en cada situación concreta. "La actitud es la tendencia a actuar", representa la tendencia, los estados afectivos, las necesidades. El "valor" representa el objetivo o fin deseado y la situación representa la configuración de los factores condicionantes del comportamiento. También es posible analizar los procesos del comportamiento desde el punto de vista de la adaptación, es decir de cómo se modifican las actitudes y valores de acuerdo a las demandas de una determinada situación, y de qué manera se reacciona frente al "stress" o a la privación planteada por ella.

El planteamiento de W.I. Thomas abre las posibilidades para un análisis de las relaciones interpersonales implicadas en la situación que se analiza, y en este sentido tiene una aplicación fecunda en la comprensión de muchos problemas de salud emocional, o en general de salud, que aparecen como respuesta a "stresses" en las relaciones con los demás, o sea en el grupo familiar o en otros. A este respecto comenta Thomas: "Las situaciones que el individuo encuentra, o en las que se vé forzado a ingresar o crea, descubre el carácter de sus

posibilidades de adaptación, positivas o negativas, progresivas o regresivas, sus aspiraciones, logros, renunciamientos y compromisos. Para la personalidad humana también el más importante contenido de las situaciones son las actitudes y valores de otras personas con las que ha entrado en conflicto o colaboración". Pero también es posible ver cómo desde el punto de vista del aprendizaje, o de la innovación, se pueden modificar las actitudes y valores de acuerdo a las demandas de una determinada situación, sea través de experiencias correctivas emocionales o en situaciones, en el caso del trabajo médico, creadas con fines educativos.

REFERENCIAS

- | | |
|--|---|
| (1) Alfred North Whitehead: | "Modos del pensamiento" Ed. Losada S.A. Buenos Aires, 1944. |
| (2) Robert K. Merton: | "Sociological theory and Social structure" Free Press, Glencoe, III, 1957. |
| (3) Edward J. Shoben Jr.: | "The counselor's theory as personal trait" Personnel Guid. J. 1962, 40: 617-621. |
| (4) Heinz Hartmann, Ernst Kris, Rudolph Loewenstein: | "The function of theory in Psychoanalysis" in "Drives, Affects, Behavior" Ed. by Rudolph M. Loewenstein, Intern. Univ. Press Inc. New York, 1953. |
| (5) John R. Paul: | "Clinical Epidemiology" Univ. Chicago Press, Chicago, 1958. |
| (6) George G. Homans: | "The human group", Harcourt, Brece and Comp., New York, 1950. |
| (7) William I. Thomas | "Social Behavior and Personality-Contributions of W.I. Thomas to theory and Social Research" Ed. by Edmund H. Volkart, Social Science Research Council, New York, 1961. |
| (8) Gerald Caplan: | "Emotional Crises" in The Encyclopedia of Mental Health, vol. 2, Fraklin Watts Inc. New York 1963. |

DISCUSION DE LA SEGUNDA MESA REDONDA.

Moderador: Dr. J. Campos R. de C. (Perú): Se ofrece la palabra a los miembros de la Conferencia para discutir las ponencias que acaban de ser presentadas.

Marcelo Viñar (Uruguay) : La Facultad de Medicina de Montevideo acaba de aprobar un programa de enseñanza que se pondrá en marcha de acuerdo a las posibilidades presupuestales; es de nuestra satisfacción señalar como la orientación de nuestros programas de estudio es muy coincidente en sus propósitos y definiciones con los aportes y ponencias presentadas hoy en la asamblea. Esta coincidencia entendemos que habla de la preocupación que brota en toda Latino América por restituir a la medicina al campo de una ciencia antropológica y no considerarla restrictivamente en el nivel de una ciencia biológica y natural.

Considero que lo más destacable en las ponencias de hoy, y es también la preocupación en nuestro plan, es que el conocimiento de disciplinas sociales no se da como una información adicional sino que se integra en la tarea clínica, es decir que es un conocimiento integrado. Hay en nuestro plan algunos enfoques bastante radicales que deseo referir a ustedes; por ej., el curriculum se abre con un ciclo básico que dura los dos tercios del primer año, en ese ciclo se integran unidades con una temática coordinada por tres líneas de pensamiento: métodos cuantitativos, ciencias naturales y ciencia del hombre, que es una denominación perfectamente intercambiable con la de ciencia de la conducta, que aquí se ha utilizado. Lo importante de ese enfoque inicial que por eso se denomina ciclo básico, es que cada estudiante problematiza al hombre y sus peripecias de ser médico, y no vá diseccionar el cadáver en anatomía.

También la entrada al ciclo clínico se inicia con un ciclo de introducción a la medicina integral con un objetivo antropológico que no es una semiología de órganos y criterios sino que es una semiología de encuentro con el enfermo que problematiza la situación del encuentro ya sea en la cama del hospital ó en el medio habitual del paciente; ese abordaje de la situación es realizado por el equipo integrado por clínicos, sanitaristas y psicólogos que son en nuestros medios los que se han preocupado de los aspectos psicosociales de la medicina, resuelven las implicancias tanto biológicas como psicológicas y sociales que la enfermedad del paciente trae consigo. Es por eso que es una semiología del encuentro médico-paciente, que no destruya la realidad que el paciente nos expone, es decir que no disocia ni extrae arbitrariamente a través de materias que atomizan el resto de la enseñanza; se estructura aproximadamente con los contenidos y métodos que ha expuesto el Dr. San Martín en su ponencia.

Otro aspecto original, por lo menos que no hemos oído se haya señalado acá, es la creación de un departamento de Pedagogía Médica uno de cuyos cometidos principales es el de significar y caracterizar el campo psicológico que se estructura necesariamente entre el docente y los estudiantes durante el proceso de aprender a enseñar; así el equipo pedagógico que estudia la situación de relación interpersonal que se crea entre docentes y discentes podrá señalar las virtudes y defectos que ocurren en el campo del aprendizaje y estudiar las relaciones humanas a propósito de las relaciones creadas entre los docentes y los estudiantes por eso los fracasos escolares y todos los problemas del aprendizaje serán un emergente dentro de un campo estudia

do comprendido y si bien puede expresarse problemáticas individuales del estudiante también serán el testimonio de la patología del campo de aprendizaje.

Dr. Marco Tulio Carpio (Perú) : Para el estudio de la persona, como ya se ha señalado insistentemente sea un estudio integral, indudablemente hay una metodología del estudio del hombre que implica una teoría del conocimiento. La teoría del conocimiento tiene por supuesto principios teóricos generales de orden filosófico, es decir, que al estudiar al hombre en forma integral debemos utilizar una metodología fundamental en una teoría del conocimiento, que a su vez se sustenta en una filosofía del hombre; esto tiene mucha concordancia con la sociología siempre que la sociología no sea estrictamente médica, sino una sociología que estudie también la realidad social, de tal manera que los principios teóricos generales sobre todo de carácter filosófico estén mucho en vinculación con la realidad nacional de cada país; es decir que no sea solamente una sociología médica sino una sociología que estudie también la realidad social del propio país y que en este sentido canalice precisamente el estudio de la patología y del hombre en particular.

Dr. Carlos Chiriboga (Ecuador) : La necesidad del estudio de la psicología médica ha venido haciéndose cada vez más notable en los diferentes centros educativos; en otros medios se ha dado tanto importancia en los últimos tiempos a la enseñanza de la psicología médica. Como un ejemplo solamente, me puedo permitir mencionar el de la Universidad de Harvard que desde el año 1954 tiene establecido un ciclo de conferencias y seminarios para los profesores y asistentes de las cátedras de clínica; en ese seminario o en ese ciclo de seminarios los profesores de las diferentes clínicas reciben enseñanzas y discuten los problemas psicológicos de los pacientes con este tipo de enseñanza para los docentes se pretende que ellos contribuyan a la mejor formación del futuro médico y olviden o por lo menos disminuyan la selección, la disección, si es posible decir así de cada una de las sesiones de clínica que deshumanizan a la medicina. Así pues todos los docentes tienen presente al individuo como un todo, como un conjunto; por eso me permití presentar a la consideración de ustedes un breve esquema que ha sido entregado hoy, en el que los colegas encontrarán someramente presentadas las necesidades, los objetivos del estudio y los métodos y muy pocas recomendaciones relativas a la enseñanza de la psicología médica. Por supuesto participo de las opiniones magníficamente presentadas por el Dr. San Martín, el Dr. Rotondo y el Dr. Millán y solamente quiero insistir en que en la época presente la enseñanza de la psicología médica debe perseguir objetivos precisos y delimitados. Para que no haya una desorientación y una división de su finalidad creo podríamos circunscribir estos objetivos en el individuo, en el enfermo y en el médico y luego separadamente cada uno de ellos va a ser considerado desde tres puntos de vista: a) el individuo frente a la sociedad, el hombre en general, su conducta y su comportamiento; b) el hombre cuando se enfrenta a la enfermedad y c) el médico como espectador de este proceso. Es eso lo que tiene que considerar y enseñar al estudiante de medicina cuando comienza a conocer los problemas médicos y la necesidad de este conocimiento se vá haciendo cada vez mayor; en el cuadro previo me he permitido enumerar algunas

de las razones de este aumento de la necesidad del conocimiento de la psicología médica por parte de los estudiantes y de los profesionales. Para nadie ha pasado desapercibido el incremento de la angustia individual y colectiva, el aumento de las necesidades individuales y familiares que repercute a su vez en el medio social y en el campo médico el aumento de las enfermedades psicosomáticas como una consecuencia del aumento de los problemas psicológicos de los grupos humanos; todo esto parece hacer un contraste con el olvido del médico de que el individuo es un todo y que la deshumanización a la que ha ido poco a poco la medicina vá haciendo un contraste cada vez más acentuado, que estamos obligados a detener. No quiero hacer un análisis del detalle de los demás puntos de vista sobre las razones y necesidad de la enseñanza de psicología médica y solamente me permito mencionar que este estudio no solo ha de vincularse con las cátedras de medicina social, sino que también debe ser considerada siempre y de mantenerse como una mira de todos los profesores especialmente de las clínicas que están preparando al futuro médico a enfrentarse con el individuo y la enfermedad.

Dr. José Manuel Ugarte (Chile) : Quería referirme a dos cosas en esta mesa redonda; en primer término dar a conocer actividades específicas que está desarrollando en este sentido la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; como seguramente muchos de los presentes conocen ya, en 1960 la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile aprobó una declaración de principios sobre objetivos de la educación médica; entre sus conclusiones se decía que los esfuerzos docentes deben orientarse a ayudar a los alumnos a comprender al hombre en su compleja actitud biológica, psíquica y social y a estimular actitudes de servicio público con proyecciones de la promoción de la salud del individuo, de la familia y de la colectividad. Más tarde en el primer seminario de formación profesional médica, se ratificaron estos objetivos y se siguió en general la posición que han tenido las facultades de medicina de Chile en los distintos congresos internacionales de educación médica. Durante esta década en realidad se han hecho diversos esfuerzos en este sentido y lo que inicialmente había comenzado en la Cátedra de Bacteriología del Profesor Amador Neghme ahora se está continuando en el Departamento de Medicina Preventiva y Social a través de su Departamento de Medicina Comunitaria; están colaborando en forma efectiva cátedras de medicina y de cirugía de diversos hospitales; todas las cátedras de medicina preventiva y social, cátedras de fisiología, pediatría y obstetricia.

Yo creo que es conveniente dar a conocer esto en forma muy breve, los propósitos que tiene esta enseñanza de las ciencias sociales dentro del programa de enseñanza de la escuela de medicina; su primer propósito es contribuir a que el estudiante pueda comprender el comportamiento social que determina el complejo salud-enfermedad orientándolo de esta manera a una práctica médica más integrada; en segundo lugar contribuir a que el estudiante conozca y comprenda la estructuración y funcionamiento de las organizaciones de salud en que se desempeña profesionalmente; para ellos se está desarrollando un programa de actividades, que en síntesis procura dar al alumno orienta-

ción médico-social este programa que ya se está realizando desde el primer año de medicina le permite al alumno formarse en el conocimiento teórico sobre el comportamiento social que incide el complejo de salud-enfermedad y a los factores socio-culturales y psicológicos relacionados con tal comportamiento.

Al mismo tiempo, técnicas de investigación en ciencias sociales que específicamente se propone capacitar al estudiante para comprender la naturaleza en base de lo que le pueden entregar las ciencias sociales y proporcionarle ciertos criterios generales para orientarlo en sus investigaciones dirigidas a problemas de salud que afectan a un grupo de la colectividad; al mismo tiempo técnicas de trabajo en terreno cuyo contenido principal sería conceptos de grupo, comunidades, sociedades, escenificación social, dimensión urbana rural, cambio social estructura formal é informal, liberaje de autoridad, cultura subcultura, comunicaciones.

Es así como las distintas cátedras de medicina preventiva están colaborando en este tipo de enseñanza, a lo largo de todo el plan de estudios desde tercer año de medicina, hasta sexto año, integrándose en forma estrecha con las actividades docentes y asistenciales de cátedras. Al mismo tiempo se procura que el alumno estudie las instituciones de salud orientándolo en el conocimiento de las organizaciones médicas en su sobre aspecto de estructura y funcionamiento; este es un esfuerzo que está en etapa inicial pero demuestra el interés que tiene la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile por la incorporación de este tipo de enseñanza al curriculum del alumno.

Ahora bien, el otro aspecto sobre el cual me quería referir es el siguiente: yo participo en forma plena, suscribo todos los hechos fundamentales que han expresado los relatores de esta mañana sobre la importancia de la psicología médica dentro del curriculum de enseñanza, pero creo que es conveniente también señalar que este tipo de enseñanza, por el interés que tiene y por la atracción que sienten los alumnos y profesores por ello, yo creo que hay que tener cuidado en que no se produzca un desequilibrio, una exageración. No he notado en ninguna de las ponencias de hoy una cosa que yo considero es básica; no perder este equilibrio, es decir que no se produzca desequilibrio de la balanza en el sentido de que se exagere la formación social del médico en detrimento de su rol específico científico primario que es el de recuperar la salud del individuo y de prevenir. Yo no quiero, como lo dije en un comienzo dar la impresión que estoy en contra, sino que por el contrario participo plenamente de todo lo que se ha dicho acá; lo único que estoy señalando es ese punto, que creo que deberíamos considerarlo cual es el de evitar una exageración en nuestras conclusiones o sugerencias, de modo que se pueda producir un desequilibrio inconveniente.

Dr. Hernán San Martín (Chile) : Nada más que una observación a la última observación del Dr. Ugarte, Evidentemente que tenemos en cuenta lo que él dice pero no nos parece necesario, puesto que los objetivos de la educación médica están perfectamente definidos, de tal manera que ese peligro no puede existir si se tienen en cuenta los objetivos de la educación mé-

dica; teniéndolos en cuenta no hay posibilidades de que se traspase el límite que nos hemos fijado previamente. Ese mismo temor existió en el pasado cuando se estaba iniciando la introducción de la medicina preventiva y de los aspectos sociales muchas veces se levantaron para hacer notar este peligro, pero si las Facultades de Medicina tienen claramente limitados sus objetivos en la formación del médico ese peligro no existe en la práctica.

Dr. Carlos Neuenschwander (Perú) : Yo no quisiera abundar en conceptos que ya han sido clara y ampliamente expuestos en las ponencias que se han leído esta mañana y que además han sido ratificadas en forma parcial por muchos de los que me han precedido al expresar sus opiniones; pero yo dudo mucho que estos ideales que ya han sido incorporados a la ideología de los programas de las diversas Facultades de Medicina se lleven o den resultados inmediatos. Desgraciadamente contra ese ideal conspira la formación misma de los profesores de las Facultades de Medicina, en particular la mala formación, diría yo, la formación unilateral; mientras los profesores no digo de las cátedras de psiquiatría o de medicina social, sino de las otras cátedras no están convencidos de que la enseñanza de medicina tiene por fuerza que ser integral, los resultados van a ser siempre mediocres. Yo creo que las futuras generaciones, es decir aquellas generaciones de profesores que ya hayan sido formadas de acuerdo a estos ideales, si contribuirán a la formación integral del estudiante.

En la Facultad de Medicina de Arequipa hemos incorporado a lo largo de todo el curriculum, programas de psicología médica, psicología social y psiquiatría de modo que desde los años previos enseñamos hasta los últimos años pero tropezamos invariablemente con el concepto minimizante de la importancia de estas disciplinas por parte de otros profesores; creo que este fenómeno se opera en todas las facultades.

Considero que tratar de dar información al nivel donde ya no existe interés genuino es inoportuno, por eso yo creo que como una recomendación de esta conferencia debería surgir el poner énfasis en la constitución de una convicción profunda a nivel de los años pre-facultativos de modo que el estudiante que llegue a la etapa de un estudio facultativo ya vaya o llegue prevenido de una concepción integral del hombre.

Si la enseñanza se hace muy tardíamente los objetivos no se van a poder trazar pues es a nivel de los años previos donde se debe comenzar a poner el énfasis de la enseñanza de las ciencias psicológicas así como de la dimensión social del hombre. Esta observación quería hacer para no abundar en otros conceptos ya expresados.

Dr. Juan Cevallos (México) : Creo que uno de los problemas fundamentales que encontramos es la falta de comunicación entre los países latinoamericanos; observo que todas las universidades, todas las facultades tienen su propia experiencia y estoy autorizado para poner a sus órdenes toda la experiencia que hemos acumulado en México en los programas, métodos de enseñanza, condiciones de investigación, trabajo psicológico-clínico,

encuestas, etc. Toda la experiencia que nosotros hemos adquirido está con mucho gusto a la disposición de ustedes y creo que es una verdadera urgencia que se cree un órgano o una forma de comunicación entre los diferentes países, para cambiar información en este aspecto de la enseñanza de la psicología, lo cual vendría a ser verdaderamente fructífero; la forma o método a seguir puede ser discutido, privadamente o en comunicación escrita, como ustedes sugieran.

Dr. Eduardo Skewes (Chile) : Yo quiero expresar que todos estamos de acuerdo con los objetivos generales que se han expresado en las diferentes ponencias, pero quiero señalar que esta actitud que parece reinar entre nosotros no siempre es compartida por el resto de los docentes; esto es una dificultad en la realización de la tarea. Yo quisiera mencionar aquí muy brevemente la experiencia que hemos tenido con el Dr. San Martín, Jefe del Dpto. de Medicina Preventiva de Concepción; para poder cambiar la actitud de los clínicos creando lo que él llamó la Unidad Clínico-Preventiva para lo cual los sanitaristas tuvieron que ir a ejercer la profesión dentro de las salas del hospital.

Quisiera además, por último, decir que a pesar de la salvedad que ha hecho el Dr. San Martín respecto al riesgo que significa dar mayor importancia a estas ciencias del hombre, o ciencias de la conducta; indudablemente si tomamos en cuenta que los médicos somos por naturales inclinados a la política activa, no es nada raro que los estudiantes también se sientan mejor preparados para ingresar al campo político con estas nuevas disciplinas que se le enseñan.

Dr. Julio José Herrera (Argentina) : Antes que nada, quiero felicitar a los ponentes a los expositores y a todos los que han intervenido en este debate; quiero hacer también una breve intervención para recordar que la medicina está desde hace rato cuestionando sus propios fundamentos y ha llegado a la conclusión de que el hombre como ser biológico no puede ser solo el objeto de su atención. Al cuestionar la medicina sus propios fundamentos, se cuestionan las facultades de medicina que son las que enseñan. Pero no nos olvidemos que si bien las facultades de medicina estudian al hombre, no únicamente ellas estudian al hombre; hay otras facultades también que estudian al hombre; la facultad de sociología, la facultad de filosofía, la facultad de psicología, etc, etc, de manera pues que yo creo es que hay que tratar de establecer una relación inter-facultades no solo para resultar secundados nosotros sino también para secundar a ellas.

Tengo temor por algunas cosas que estoy escuchando que la medicina que ha estudiado al hombre como ser biológico se dedique al estudio del hombre como ser psicológico-social y pierda uno de los objetivos que ha sido tradicional. La medicina tradicional no es que sea mala sino que es insuficiente y que debe enriquecerse con nuevos conocimientos, pero por favor no abandonemos los logros que ha conquistado durante muchos años la medicina tradicional.

Dr. Jorge Mardones (Chile) : Yo quisiera insistir en que la labor de las Facultades de Medicina no se limita a la enseñanza de pre-grado sino también a la de post-grado. En este problema tiene una importancia fundamental establecer cuanto de la enseñanza de estas materias debe impartirse en el pre-grado y cuanto en el post-grado. Yo creo que estableciendo las cosas así, las dificultades que se han señalado no se presentan; es evidente que en el pre-grado hay que tener simplemente una información general, mientras que en el post-grado de los que van a ser hombres de salud pública deben darse conocimientos muy profundos de sociología, porque no se puede entender una verdadera epidemiología sin el conocimiento de la sociología. Entonces no le podemos pedir eso a todos los médicos; no nos olvidemos que la proporción o número de médicos que van a ejercer en salud pública es siempre relativamente muy pequeña, con respecto a aquella que está en la lucha permanentemente con el problema de la sollicitación del paciente para ser recuperado. No perdamos de vista esa condición; no nos olvidemos que no requiere el mismo sentido, ni psicológico ni cultural, el individuo que termina siendo un especialista que interviene muy bien en el corazón, que sabe como vá a colocar una válvula y a quién le importa poco cual es la condición cultural o social del individuo, solamente tiene que aplicar una técnica evidentemente que el conocimiento de tipo social que necesita esa persona es relativamente poco; en cambio el que se va a ocupar de la prevención de la enfermedad puede ignorar totalmente todo lo que pasa en relación con el tiempo que dura una intervención en el corazón pero tiene que saber muy claramente cual es el ambiente cultural en el cual trabaja.

Creo que esto es muy importante señalarlo y ese equilibrio es el que hay que tener siempre presente; es un hecho al que puedo referirme porque he tenido responsabilidades importantes en salud pública. Cuando uno estudia el número de médicos que va a ocupar en cada función, se encuentra que el 90% de médicos son los que tienen que estar en contacto directo con pacientes, para resolverles sus problemas; y los problemas vienen con el momento; así el pediatra que tiene que tratar de que un niño no se mueva no le podemos dar en ese mismo momento la tarea que se ponga a resolver el problema social de la familia en la cual este niño pertenece, está bien que sepa como a la madre hay que ayudarla y quienes del equipo médico van a ayudarla. Este problema del equilibrio tenemos que plantearlo con mucha serenidad, cuando se ha vivido muchos años uno a visto el peligro de los efectos del péndulo y uno se coloca siempre en la posición de decir, mire ojalá no sea un amortiguador de este movimiento de péndulo, pero cuando hemos salido de un lado lleguemos al fiel, pero no nos pasemos al otro lado.

Yo creo que ese equilibrio es extraordinariamente importante; todo médico debe tener clara conciencia de las características psicológicas del individuo y de las características del medio social pero no podemos pretender que cada médico tenga un conocimiento tan profundo como para ser manejador de los problemas sociales, porque resulta que en esas condiciones no vamos a encontrar al médico que vá a atender en todo momento al paciente.

Moderador: Dr. J. Campos R. de C. (Perú): Con la intervención del Dr. Mardones ha quedado cerrado el debate sobre esta Segunda Mesa Redonda.

SESION PLENARIA DE CLAUSURA DE LA "V CONFERENCIA"

RECOMENDACIONES

El Plenario de la "V Conferencia de Facultades de Medicina", miembros de la UDUAL, recomienda:

- 1.- Que las autoridades de la UDUAL, se dirijan a los Gobiernos Latino-americanos expresándoles la imperiosa necesidad de que nuestras universidades dispongan de los recursos económicos suficientes para su buen funcionamiento actual y para sus programas de desarrollo. De estos recursos, las universidades destinarán fondos específicos para sostener programas de investigación en las Facultades de Medicina.
- 2.- Que es de interés general para el cumplimiento de las resoluciones y recomendaciones de la UDUAL, su coordinación en alto nivel con los otros organismos que estudian los mismos problemas, como la OSP, Comité Interamericano de Seguridad Social, la Confederación Médica Panamericana y otros.
- 3.- Que las autoridades de la UDUAL, dispongan se haga una encuesta y calificación de los servicios, institutos y centros de adiestramiento que poseen las distintas Facultades de Medicina de Latinoamérica con el objeto de establecer cuales pueden ser recomendables como centros internacionales de especialización y perfeccionamiento para los graduados latino-americanos.
- 4.- Considerando la importancia que tiene la enseñanza de las ciencias de la conducta (Psicología, Antropología cultural y sociológica) en Medicina, esta Conferencia acuerda la conveniencia de realizar, lo antes posible, un Seminario Latinoamericano promovido por la Unión de Universidades de América Latina, acerca de los objetivos, metodología y contenido de la enseñanza de las ciencias de la conducta en las Escuelas de Medicina, tanto en el pre-grado como en el post-grado.

5.- Se sugieren los siguientes temas para ser tratados en la siguiente Conferencia de Facultades (Escuelas) de Medicina:

- a) Organización de centros regionales latinoamericanos para la formación de especialistas.
- b) Coordinación de todos los servicios nacionales para la mejor enseñanza médica en el pre y post-grado.
- c) Migración de los estudiantes de medicina de un país a otro y el problema de la reválida de título.

6.- Por unanimidad se acordó proponer a la Presidencia de la UDUAL, que la sede de la "VI Conferencia de Facultades de Medicina", sea la Facultad de Ciencias Médicas de San Carlos de Guatemala.

I N D I C E

	Pags.
Comité Organizador, Comisiones, Comité de Damas Funcionarios	1
Comité Directivo	4
Relación de Facultades representadas	5
Relación de Delegados asistentes	7
Reglamento	13
Programa	23
TEMA I: <i>"Modalidades de formación del médico latinoamericano, como promotor del desarrollo económico de su país".</i>	27
PONENCIAS:	
Dr. Ignacio Morones y Dr. Sergio Novello (Mexico)	29
Dr. Gonzalo Aguirre (Mexico)	37
INFORME FINAL	49

	Pags.
TEMA II: <i>"La producción y distribución de médicos en Latinoamérica en relación con las demandas demográficas y los problemas de salud"</i> .	55
PONENCIAS:	
Dr. Hernán Romero (Chile)	57
Dr. Luis A. León (Ecuador)	70
Dr. Carlos Quirós (Perú)	95
INFORME FINAL	123
PRIMERA MESA REDONDA: <i>"El problema de la emigración de médicos de Latinoamérica al extranjero"</i> .	127
PONENCIAS:	
Dr. Ramón Villareal (México)	129
Dr. Washington Buño (Uruguay)	136
DISCUSION	163
SEGUNDA MESA REDONDA: <i>"La enseñanza de la psicología y de la sociología en la formación del médico"</i> .	173

	Pags.
PONENCIAS:	
Dr. Hernán San Martín (Chile)	175
Dr. Alfonso Millán (México)	194
Dr. Humberto Rotondo (Perú)	205
 DISCUSION:	 217
 Recomendaciones de la Sesión Plenaria, propo- niendo temario y sede de la "VI CONFERENCIA".	 225
 Indice	 227

COMISION DE UNIVERSIDADES DE AMERICA
 CENTRO DE INVESTIGACION
 ACCION UNIVERSITARIAS.

